

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N^o 278

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre, Octave, Julien, Joseph DEMARQUET

Né le 7 Septembre 1908, à Matigny (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUBERCULIDES PURPURIQUES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
===== PARIS 1935 =====



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Pierre, Octave, Julien, Joseph DEMARQUET

Né le 7 Septembre 1908, à Matigny (Somme)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TUBERCULIDES PURPURIQUES

Président : M. GOUGEROT, Professeur

ÉDITIONS MÉDICALES NORBERT MALOINE
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
===== PARIS 1935 =====

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie.....	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements.....	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÉNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEX

à titre permanent.

MM.

ABRAMI	}	Clinique médicale.
ALAJOUANINE ..		
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
CHIRAY		
DONZELOT		
DUVOIR		
HARVIER		
LIAN		
PASTEUR - VALLERY - RADOT	}	
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
HEITZ-BOYER ...		
MOURE		
QUENU		
SCHWARTZ		
VELTER	}	

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
GUÉNIOT		
LE LORIER		
LÉVY-SOLAL		
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

En témoignage d'amour filial.

A MON ONCLE

M. LE DOCTEUR PAUL LÉGER

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

ET TOUT PARTICULIÈREMENT AUX DOCTEURS
JEAN PAUCHARD ET DANIEL DUPERTOUT

A LA MÉMOIRE DE JEAN FABRE

*Tué place de la Concorde le
6 février 1934.*

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE LIBRE DE LIRÉ
ET DE L'INSTITUTION SAINT-JOSEPH D'ANCENIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GOUGEROT

Professeur de Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence
de cette thèse et qui nous a toujours
témoigné une grande bienveillance.
En hommage de notre gratitude et
de notre respectueux attachement.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR R. BURNIER

Ancien Chef de Clinique de la Faculté
Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et qui n'a jamais cessé
de nous témoigner les multiples
marques de sa bienveillante at-
tention. Nous lui exprimons notre
reconnaissance très respectueuse et
très affectueuse.*

A MON MAITRE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ C. LIAN
Médecin de l'Hôpital Tenon

A MES MAITRES DES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR CH. ACHARD
Membre de l'Académie de Médecine

M. LE PROFESSEUR P. DUVAL
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard

M. LE PROFESSEUR L. OMBRÉDANNE
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital des Enfants-Malades

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ V. LE LORIER
Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ P. CHEVALLIER
Médecin de l'Hôpital Cochin

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BASSET
Chirurgien de l'Hôpital Beaujon

M. LE DOCTEUR J. HALLÉ
Médecin des Hôpitaux

M. LE DOCTEUR R. GOUVERNEUR
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

M. LE DOCTEUR CH. COUTELA
Ophtalmologiste de l'Hôpital Saint-Louis

A MES MAITRES

MM. LES DOCTEURS P. BLUM, CARTEAUD, BLONDEL,
PATTE, THOYER, MOTZ, POUMAILLOUX, MOUSSOIR
ET M^{lle} ELIASCHEFF

LES TUBERCULIDES PURPURIQUES

INTRODUCTION

« On ne décrit, dit M. Darier, sous un nom spécial, que les types cliniques relativement fréquents et bien définis des tuberculides. Or, on rencontre parfois, comme cela m'est arrivé à maintes reprises, des éruptions de type insolite que leurs caractères cliniques et histologiques, ainsi que les conditions dans lesquelles elles apparaissent, assimilent franchement aux tuberculides. On hésite à ouvrir une rubrique nouvelle pour un cas unique ou presque unique. L'énumération des tuberculides, telle que je l'ai donnée, n'épuise donc pas le sujet à mes yeux » (*Précis de Dermatologie*).

Dans les *Archives Dermato-Syphiligraphiques de l'Hôpital Saint-Louis* (mars 1933), le professeur GOUGEROT publie une étude sur les *dermatites nodulaires*. Parmi celles-ci figurent des *Tuberculides papuleuses et nodulaires, bulleuses et purpuriques, nécrotiques et ulcéreuses*. Sous la direction du Dr BURNIER, nous avons eu l'occasion d'examiner et de suivre assez longuement l'une de ces malades. Telle est l'origine de cette Thèse.

Les observations de *tuberculides purpuriques* sont relativement rares. Deux moulages du Musée de l'hôpital Saint-Louis en montrent des exemples. La littérature française fournit, sous des étiquettes diverses, une quinzaine d'observations. Nous avons recueilli une dizaine de cas de ce genre dans les publications étrangères. Six observations personnelles inédites, dues à l'obligeance du professeur Gougerot, proviennent de la Clinique de la Faculté. Tels sont les documents qui sont à la base de ce travail.

Sous ce titre de *Tuberculides purpuriques*, il n'y a pas lieu d'envisager toutes les dermatoses en relation évidente ou discutée avec la tuberculose : toutes ces formes peuvent présenter un caractère hémorragique. Il n'est pas non plus question du purpura tuberculeux. Il s'agit d'une forme clinique nouvelle à joindre au groupe des tuberculides.

Par leur pathogénie, elles relèvent des dermatoses « allergiques » ou mieux à réaction de défense nodulaire par sensibilisation. Par leur étiologie, leur tableau clinique et leur évolution, elles sont voisines des tuberculides papulo-nécrotiques et peuvent être considérées comme une de leurs variétés.

HISTORIQUE

Au Musée de l'hôpital Saint-Louis (vitrine 76, n° 1058) figure un moulage avec la légende suivante :

Gomme scrofulo-tuberculeuse (Fournier, 1885).

Tuberculides ulcéreuses purpuriques (inv. 1922).

L'observation n'a pas été retrouvée : il s'agit d'ulcérations de la jambe, chez une jeune fille de dix-neuf ans. Fournier, en 1885, remarque l'aspect hémorragique inhabituel des éléments. Pour la première fois était signalé le caractère purpurique de certaines de ces lésions que, onze ans plus tard, M. Darier appelait Tuberculides. Le diagnostic de tuberculides ulcéreuses purpuriques a été fait lors d'un inventaire en 1922.

Les traités classiques de Dermatologie passent sous silence les tuberculides purpuriques. Le professeur Jadassohn ne consacre que quelques lignes à ce qu'il appelle la variété hémorragique de *Dermatitis nodularis necrotica*.

Les observations sont rares avant 1910.

Seules, quelques-unes d'entre elles, portent le diagnostic de tuberculides. Les autres sont publiées sous des titres divers. La plus ancienne est celle de Kaposi : *Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites)*, parue dans les *Archiv für Dermatologie und Syphiligraphie*, de 1894, et citée dans la thèse du Dr Haury (1899). L'année suivante, Hallopeau et Le Damany rapportent un cas de *Lupus érythémateux, Folliculis ou type morbide nouveau*.

En 1896, Du Castel présente à la *Société Française de Dermatologie* un malade atteint d'une éruption purpurique. Lors

de présentations ultérieures, le diagnostic est précisé : *Dermatite hémorragique des saillies des doigts* (1899), *Tuberculides des membres* (1901), *des organes génitaux* (1902), etc. Leredde avec Milian (1898) et Haury (1899) publient deux cas de *Tuberculides angiomateux*.

Deux moulages (vitrine 77, n^{os} 2051, 2052) témoignent d'une observation publiée, en 1899, par Hallopeau avec le diagnostic de *Toxítuberculides acnéiformes, nécrotiques et purpuriques*. Il faut encore citer les cas de Balzer et Alquier (1900), de Gaucher et Weil (1904).

En 1910, Werther décrit sous le nom de *Dermatitis nodularis necrotica* une nouvelle maladie qui, nous le verrons, présente une analogie frappante avec notre syndrome. Klingmüller, un an après, cite un cas où l'origine tuberculeuse ne peut être retenue. Les observations se succèdent ; les unes semblables à celles de Werther, les autres à celles de Klingmüller. Elles ne présentent pas toutes un caractère hémorragique.

Balzer et Milian (1910), Gaucher et Gougerot (1911), Lutz (1915), Milian avec Thibault (1921), avec Rivalier (1923) rapportent des cas comparables. En 1927, l'École Danoise associe les deux mots *tuberculides* et *hémorragiques*, au sujet de deux observations (Haxthausen, Christiansen). Milian (*Paris Médical*, 1928), à propos d'un de ses précédents malades, fait le diagnostic de *Tuberculides bulleuses, purpuriques et ulcéreuses*.

Ce sont ensuite les publications des Américains Eichenlaub et Wile, de l'Allemand Keller, de l'Italien Marcari, de Nicolas de Lyon.

A partir de 1930, des articles paraissent en différents pays. Duemling écrit, dans les *Archives of Dermatology*, une étude sur la *Dermatitis nodularis necrotica*, la compare à des observations identiques décrites sous le nom de tuberculides par l'École Française et conclut, pour un grand nombre de cas, à l'identité. Fischl, en Allemagne, arrive à la même conclusion.

Le Professeur Gougerot et le Dr Burnier reprennent la question ; plusieurs observations sont publiées en 1933.

Enfin, en 1934, un cas de *Tuberculosis (Tuberkulid) nodosa hemorrhagica* est signalé par Poor.

En résumé, des cas de « Tuberculides purpuriques » sont présentés d'abord comme des formes exceptionnelles et insolites de tuberculides. En 1910, l'École Allemande, avec Werther, isole un syndrome qu'elle appelle *Dermatitis nodularis necrotica*, dénomination peu employée en France. En 1930, les Américains comparent nos tuberculides et cette *Dermatitis*. Les analogies sont évidentes. En 1933, le professeur Gougerot et le Dr Burnier concluent à l'identité des tuberculides purpuriques avec certaines formes de la *Dermatitis*.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des tuberculides purpuriques ne diffère en rien de celle des autres tuberculides et, en particulier, des papulo-nécrotiques.

Ces tuberculides purpuriques sont relativement rares. Une trentaine d'observations existent dans la littérature ; nous avons cependant noté six cas en trois ans, soit environ une fois sur cinq tuberculides papulo-nécrotiques.

On l'observe indifféremment chez les hommes et chez les femmes. L'âge a une importance capitale. Il s'agit toujours de *sujets jeunes* : enfants de huit ou neuf ans (obs. de Balzer, de Duemling), adolescents de quinze à vingt ans (quatre cas); mais bien plus souvent adultes de vingt-cinq à quarante-cinq ans. L'âge moyen se trouve donc aux environs de vingt-huit ans. Aucune observation ne concerne de tout jeunes enfants. Deux ont trait à des femmes de plus de cinquante ans, d'ailleurs en excellent état de santé.

Les pays, les climats ne semblent jouer aucun rôle. La température peut avoir une certaine importance ; l'éruption, mais le fait est loin d'être constant, se produit au moment du froid, il n'est pas rare cependant de voir les lésions commencer en été. La lumière est sans action.

Le métier, la station debout habituelle sont sans influence.

La maladie se manifeste toujours chez des sujets en bonne santé apparente. On peut considérer comme prédisposants les troubles de la circulation générale, avec acroasphyxie, livedo, tendance aux engelures, jambes œdématisées, froides, à kéra-

tose pileuse rouge sans poils et les troubles de l'appareil digestif et des glandes endocrines.

Le *terrain tuberculeux* est trouvé dans la plupart des cas. C'est une tuberculose à marche torpide, localisée et atténuée. La manifestation la plus fréquente est l'adénite. Elle a pu se produire dans l'enfance, disparaître avec ou sans cicatrice, persister ou n'avoir débuté qu'au cours des années précédentes. Elle est presque toujours cervicale ; on trouve parfois de la polymicroadénopathie.

Tantôt le malade a des bronchites tous les hivers, tantôt l'état général, excellent jusqu'alors, s'est mis à décliner peu avant l'éruption et des signes d'imprégnation tuberculeuse sont apparus.

Il peut même exister des foyers pulmonaires discrets ou évidents, des signes radiologiques et des bacilles de Koch dans l'expectoration. « L'absence de lésions pulmonaires ne peut être invoquée contre l'hypothèse de la nature bacillaire des lésions cutanées. »

Une hydarthrose du genou, une suppuration osseuse froide, un peu d'ascite peuvent déceler la nature du terrain.

Rarement le sujet atteint est chétif, plus souvent c'est un *tuberculeux floride*, sans symptômes cliniques. On peut trouver une tuberculose larvée dans les antécédents personnels ou familiaux. Elle peut ne se révéler que plus tard et la dermatose est un signe précoce.

Pour la dépister on a recours à diverses techniques : l'*intradermo-réaction à la tuberculine* (chez ces sujets sensibilisés, elle cause une réaction cutanée intense et persistante), l'*inoculation au cobaye*, la *culture sur milieu de Löwenstein* ; la biopsie et l'aspect caractéristique des éléments mettront également sur la voie du diagnostic.

La *sypphilis* a été retrouvée quelquefois dans l'histoire de ces malades. Elle ne paraît pas jouer un rôle prépondérant. Le

traitement spécifique n'a pas modifié l'évolution de la maladie cutanée.

Le *streptococcus hémolyticus*, trouvé dans les lésions par Duemling, ainsi que d'autres microbes banaux secondaires, ne semblent avoir aucune action dans la genèse de l'éruption.

Les *intoxications* présentent un certain intérêt. L'intoxication médicamenteuse, en particulier l'iodisme, a été retenue dans un cas et les auteurs ont conclu que la tuberculose déterminait le mode de lésions, alors que le médicament ne faisait que déclancher les poussées. Une malade attribua le début de son éruption à une intoxication alimentaire.

L'*insuffisance hépatique*, les *altérations sanguines* n'ont pas été notées : les temps de saignement et de coagulation sont normaux ; la formule sanguine n'est pas modifiée.

Pour conclure, les « Tuberculides purpuriques » apparaissent sans cause appréciable chez des adultes jeunes, qui présentent un terrain tuberculeux. Les autres facteurs sont accessoires.

ÉTUDE CLINIQUE

Les « Tuberculides purpuriques » constituent une variété clinique bien différenciée et nettement caractérisée des Tuberculides papulo-nécrotiques par le *siège*, l'*aspect*, l'*évolution* de l'éruption.

Le début de la maladie peut être lent, insidieux : sans cause un élément se produit, grossit, d'autres apparaissent bientôt au voisinage immédiat ou à distance. Souvent des signes généraux précèdent l'éruption : une fièvre légère dans les formes atténuées, des arthralgies, de l'anorexie, un accès fébrile intense dans les formes plus graves. Le début peut aussi se faire d'une façon brutale par un érythème généralisé ; en peu de jours des lésions plus caractéristiques lui succèdent.

L'éruption *siège aux extrémités* ; les membres sont le plus fréquemment atteints. Les membres inférieurs sont envahis dans la majorité des cas : les sièges d'élection sont le dos du pied et des orteils, la jambe, dans son tiers inférieur, de chaque côté de la crête tibiale, le genou, les parties externes et postérieures de la cuisse et les fesses (*vingt-six observations*). Aux membres supérieurs, l'éruption, occupe volontiers le dos des doigts et des mains, les avant-bras, les coudes et les épaules (*dix-neuf observations*). Elle prédomine sur la face d'extension des articulations. La paume des mains et la plante des pieds sont habituellement respectées (*trente fois sur trente-deux*). Les localisations à la tête sont exceptionnelles (*quatre observations*), mais le visage, les oreilles, le cou peuvent être pris ainsi que le tronc (*huit observations*). On a signalé des lésions sur les

organes génitaux. Les aisselles, toutes les régions pileuses sont indemnes en général (*cuir chevelu, une observation*).

Chez des malades ayant des tuberculides purpuriques typiques, on a noté parfois des altérations des muqueuses qui n'ont rien de caractéristique (*trois observations*).

Les parties du corps sont atteintes de façon symétrique et presque en même temps : les lésions sont ordinairement au même stade d'évolution et en nombre à peu près égal. Si elles sont plus importantes aux jambes (*quinze observations*) comme il est habituel, un examen attentif peut découvrir des éléments discrets sur les membres supérieurs. L'éruption peut être également intense sur les quatre membres (*quatre observations*) et respecter le reste du corps. Quelquefois elle est généralisée (*huit observations*) et atteint le tronc et la face. Les cas sont rares où elle se localise à la tête (*une observation*) mais les membres ne sont jamais absolument indemnes.

Cette éruption est caractérisée par un mélange de lésions assez polymorphes en apparence, mais ordinairement ces lésions évoluent suivant des stades successifs.

1) *Stade papuleux ou nodulaire.* — L'élément initial consiste en une petite nodosité de quelques millimètres, dure, indolore, arrondie ou ovale qui occupe soit le derme superficiel, soit le derme moyen ou profond et n'est découverte que par le palper. Elle évolue vers la surface de la peau où l'on constate une macule rosée et parfois une très minime élévation. La palpation montre une légère infiltration dermique, dont l'intensité est proportionnelle à la saillie et aux dimensions de la papule. La vitropression met en évidence une pigmentation brunâtre.

Le nodule peut rester dans la profondeur. D'ordinaire, en un temps plus ou moins long, quelques heures à une semaine ; ce nodule augmente de volume, la papule s'élève, la teinte de la peau passe du rose au rouge sombre, puis au bleu-noirâtre. On peut voir une légère desquamation des papules.



Fig. 1. — Nombreuses papules disséminées.
Lésions bulleuses et ulcéreuses du creux poplité
(Obs. I).

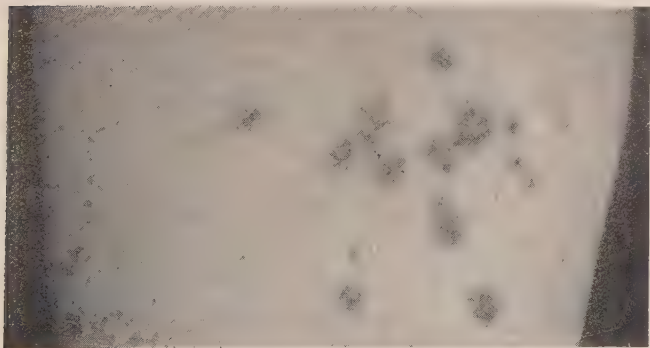


Fig. 2. — Papules avec point purpurique central
(Obs. I).

2) *Stade: purpura infiltrant les lésions.* — Les papules peuvent persister sans modifications une quinzaine de jours, puis elles s'affaissent et disparaissent. La plupart sont centrées par un *point hémorragique*. Ce point peut conserver la dimension d'une pointe d'aiguille ou s'étaler et envahir la papule entière ; le plus grand nombre d'entre elles prennent une coloration violacée purpurique que la vitropression ne fait pas disparaître.

Les papules voisines peuvent se réunir, l'infiltration purpurique conflue et forme une tache qui peut atteindre un ou deux centimètres ; on peut observer des macules hémorragiques.

Quand les lésions atteignent les stades ultérieurs de bulles, d'ulcérations, de cicatrices, le caractère hémorragique s'affirme par un liseré purpurique, un halo ecchymotique, une sérosité sanglante ou enfin la teinte rouge-sang de l'ulcération.

3) *Stade bulleux.* — Les papules et nodules, même ceux qui sont devenus purpuriques, peuvent régresser, pâlir, prendre une teinte violette, puis cuivrée ; l'infiltration dermique s'atténue et les éléments disparaissent. D'autres, au contraire, poursuivent leur évolution.

Le nodule grossit, atteint un demi à un centimètre ; présente en son centre un petit soulèvement épidermique ; une vésicule est formée, qui a quelques millimètres de diamètre. Si le nodule est plus important, le soulèvement crée une bulle de cinq à vingt millimètres.

Sur une base infiltrée de grandeur variable (cette assise représente le nodule primitif), la peau est de couleur rouge violacé, franchement ecchymotique dans certaines bulles ; la lésion est irrégulièrement arrondie, les bords sont peu nets, elle a la largeur d'une pièce de un ou deux francs. Au milieu de cette tache, se trouve la bulle plus ou moins volumineuse ; intacte, elle apparaît blanchâtre, régulière, contenant un peu de sérosité. Le purpura se réduit quelquefois à un liseré que

cerne la bulle, il est entouré lui-même d'une zone érythémateuse.

La sérosité, au moins au début, est claire ; elle peut devenir *hémorragique* : les bulles laissent écouler soit un mélange de sang et de sérum, soit du sang presque pur. Le liquide peut s'infecter et former de véritables pustules ; leur apparition peut être précoce et les bulles passent inaperçues.

Les bulles, si elles confluent, forment des phlyctènes irrégulières de grandeur variable.

4) *Stade ulcéreux*. — La bulle se rompt, se flétrit, et se recouvre d'une croûte parfois grise, presque toujours noirâtre avec une couronne cyanotique ; sur cette dernière on remarque un liseré squameux, vestige de la bulle. La transformation du soulèvement épidermique en un élément croûteux se fait lentement en deux à trois semaines.

Sous la croûte, on trouve une ulcération large de vingt-cinq à trente millimètres et profonde de trois à quatre millimètres. Cette ulcération superficielle repose sur une zone d'infiltration plus ou moins grande ; ses dimensions dépendent de l'élément primitif. Sa forme est irrégulière, les contours sont déchiquetés, les bords peuvent être décollés, épais, taillés à pic. De petites squames témoignent de la préexistence de la bulle. Le fond est tomenteux ou régulier et lisse ; il peut être légèrement bombé. Sa coloration est rouge vif, nettement *hémorragique*. Un halo violacé ecchymotique entoure l'ulcération. Les ulcérations, comme les taches hémorragiques et les bulles, peuvent confluer.

La durée de l'ulcération est longue et la cicatrisation demande plusieurs mois. Dans certains cas, les stades précédents sont très courts et les ulcérations sont apparues presque d'emblée en quelques heures.

5) *Cicatrices*. — Toutes les lésions laissent des cicatrices assez caractéristiques ; les papules donnent des taches très

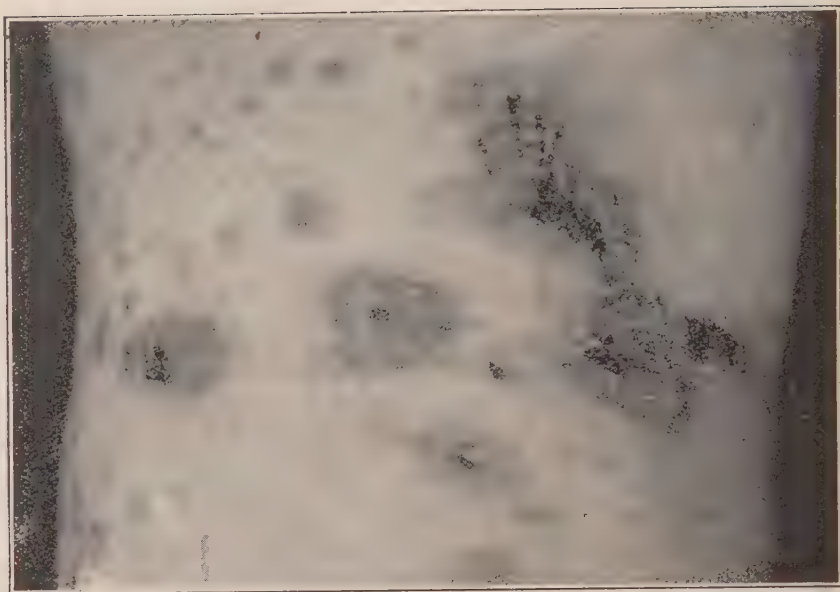


Fig. 3.

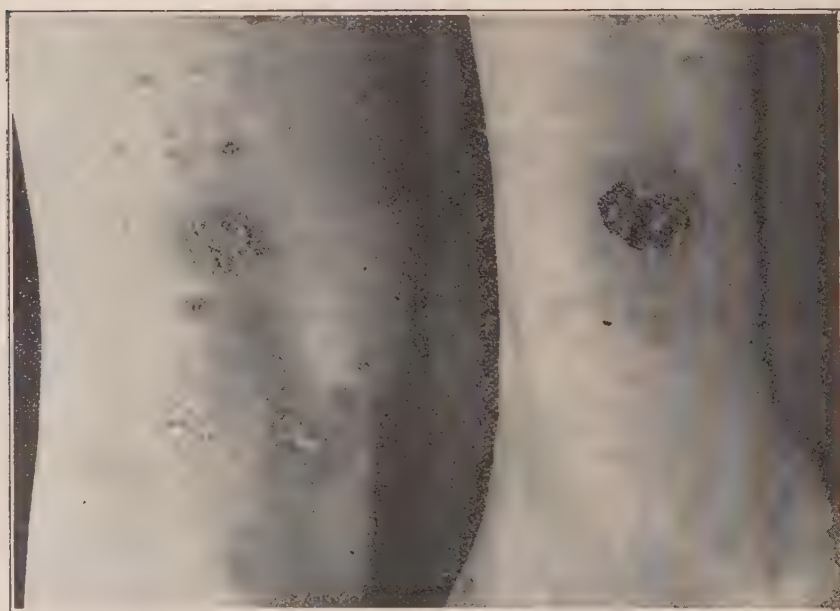


Fig. 4.

Fig. 5.

Larges bulles purpuriques et nécrotiques du creux poplité (fig. 3)
et du coude (fig. 4).

Lésions ulcéreuses cyanotiques de la jambe (fig. 5)
(Obs. 1).

pigmentées. Le nodule s'affaisse peu à peu, la rougeur diminue, la croûte se dessèche et tombe d'elle-même. On constate alors une cicatrice nette, déprimée, régulière, arrondie, violacée au début, qui pâlit ensuite et s'entoure d'un véritable anneau pigmenté ; cette pigmentation s'atténue peu à peu, mais peut demeurer plusieurs mois. Quelquefois les cicatrices sont violacées avec des *points purpuriques* d'autant plus prononcés et plus étendus que la cicatrice est plus jeune. Les ulcérations peuvent laisser des cicatrices, siège d'une pigmentation intense avec, au centre, une zone bleuâtre lichénoïde : cette zone cyanosée correspond à des dilatations capillaires bien visibles à la vitropression. Ces cicatrices sont lisses ou gonflées, déprimées ou sans dépression ni relief, atrophiques ou hypertrophiques. Elles sont assez caractéristiques pour permettre un diagnostic rétrospectif de tuberculides.

De tous ces stades c'est le stade ulcéreux qui est le plus rebelle. La guérison s'obtient souvent en plusieurs mois.

L'éruption *évolue par poussées* ; celles-ci se produisent à intervalles inégaux, de façon très irrégulière. Elles peuvent chevaucher. Le malade présente tous les stades de lésions en même temps ; on est frappé du polymorphisme des lésions cutanées. Les poussées peuvent être successives et le malade ne reste jamais indemne. Il existe des exacerbations saisonnières. Les poussées peuvent être intermittentes ; au bout de quelques semaines, quelques mois de guérison, une récidive se produit. Elle peut être simplement annuelle ; elle apparaît alors toujours à la même saison pour un même sujet.

Cette évolution par poussées est caractéristique. Chacune d'elles peut s'accompagner de fièvre légère et de malaise.

Les éléments sont indolores, mais il peut exister de la douleur spontanée ou provoquée ; les ulcérations sont alors tout particulièrement douloureuses.

Un léger prurit peut accompagner les premières manifestations ; il n'est jamais intolérable et s'atténue très vite.

Les symptômes généraux, même s'ils ont été marqués au début, diminuent et disparaissent rapidement. Le malade se croirait bien portant, n'étaient les lésions cutanées.

Le type clinique le plus habituel paraît être celui des tuberculides purpuriques des jambes : quelques éléments hémorragiques, deux ou trois bulles ou ulcérations siègent en avant au-dessus de la cheville.

La forme généralisée aux quatre membres avec floraison de papules purpuriques sur tout le membre, avec des bulles et des ulcérations disséminées, avec fréquence des poussées et lente évolution des éléments, n'est pas exceptionnelle.

Il existe des formes remarquables.

— Par leur localisation ;

— Par la rapidité d'ulcération : escharre constitué en quelques heures, ou par le peu de tendance à s'ulcérer ;

— Par la discrétion de l'infiltration purpurique : le purpura n'existe pas cliniquement, seule l'histologie révèle de petites hémorragies ;

— Ou, au contraire, par l'intensité du caractère hémorragique ;

— Par les dimensions des éléments ;

— Par l'absence d'éléments de transition.

Des formes cliniques sont assez particulières : ce sont les tuberculides multiples. Les « purpuriques » peuvent accompagner, suivre ou précéder d'autres tuberculides. On voit la coexistence de lupus érythémateux de la face et de tuberculides purpuriques des membres. Les éléments papulo-nécrotiques et purpuriques sont très souvent associés sur le même membre. On a pu dire que le siège des tuberculides conditionnait leur variété. Enfin des poussées de tuberculides purpuriques peuvent alterner avec des poussées de tuberculides papulo-nécrotiques.

En somme, l'éruption est *symétrique et envahit de préférence les membres. Elle évolue par poussées* : les éléments sont à des stades différents ; *l'éruption est polymorphe*. On note des nodules, des papules, des bulles, des ulcérations, des cicatrices. Chaque élément progresse lentement. Le *purpura* *infilte les lésions* et leur donne un caractère tout à fait particulier.

HISTOLOGIE

Les *Tuberculides purpuriques* ont exceptionnellement une structure folliculaire, comme les tuberculoses les plus avancées. Elles présentent bien plus souvent un caractère inflammatoire banal (*type B non folliculaire* de Darier, *tuberculose cutanée atypique* de Pautrier, *tuberculose inflammatoire non folliculaire* du Pr Gougerot). Les deux aspects peuvent coexister ou se succéder.

L'*épiderme* est peu altéré dans les lésions de début ; la couche cornée est hypertrophiée ; la granuleuse est discontinue ou partout conservée avec une ou deux rangées de cellules aplaties. Parmi les cellules épineuses et basales, certaines sont œdémateuses. Dans les espaces intercellulaires se trouvent des cellules migratrices. Il existe dans les éléments plus avancés de vastes lagunes sous l'épiderme qui décollent la couche génératrice et soulève en masse l'épiderme. Celui-ci est complètement détruit dans les ulcérations.

Le *derme* présente des altérations bien plus caractéristiques. L'œdème est plus ou moins prononcé. La couche papillaire et les couches plus profondes sont riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

On rencontre une *infiltration diffuse* de la zone sous-papillaire par des cellules ou des débris de cellules très polymorphes : cellules rondes, cellules plasmatiques, noyaux en pycnose, fibroblastes, cellules épithélioïdes.

L'infiltration est surtout *périvasculaire*. Des cordons et des traînées entourent les vaisseaux dans toute l'épaisseur du derme d'un manchon de cellules lymphoïdes, de leucocytes



Fig. 6. — A un faible grossissement.

A. Infiltrat périvasculaire. — B. Œdème du derme. — C. Périvascularite.

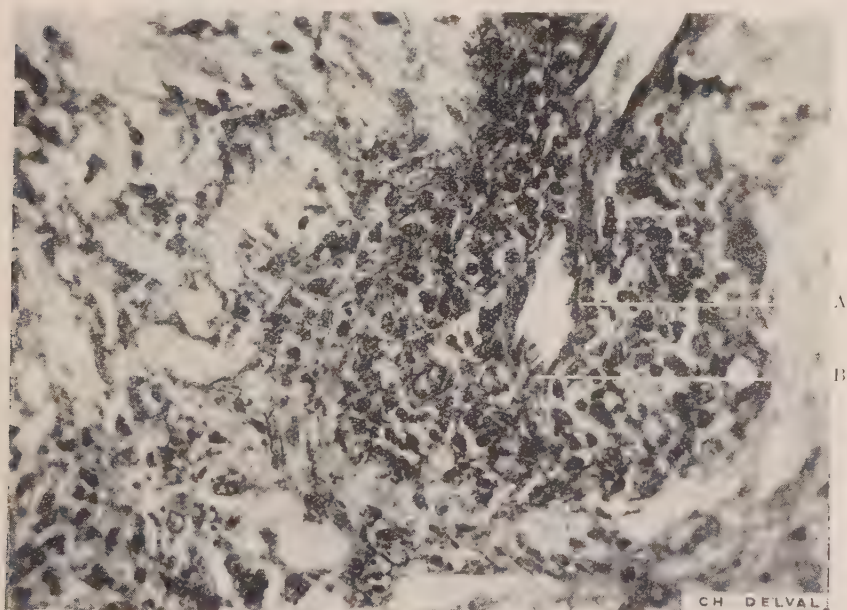


Fig. 7. — Même lésion à un fort grossissement.

A. Vaisseau sanguin dilaté. B. Infiltrat périvasculaire dense.

Obs. I

(Biopsie d'un nodule jeune non encore nécrosé).



Fig. 8. — A. Hyperkératose. — B. Dilatation vasculaire.
 C. Infiltrats périvasculaires denses. — D. Périvascularite.
 (Obs. XXIX).

polynucléaires, noyaux en pycnose, quelquefois de cellules éphélioïdes.

Les *vaisseaux sanguins* sont *allérés* ; leur paroi est épaissie par prolifération de l'endothélium. Leur lumière peut être oblitérée par cette multiplication des cellules endothéliales ou par compression de l'infiltration. Plus souvent, ils sont dilatés. Cette dilatation peut former dans les couches supérieures du derme de larges cavités tapissées d'un endothélium régulier, presque toujours gorgées de sang ; elles constituent un véritable réseau caverneux.

Soit par rupture des vaisseaux, soit par diapédèse, le sang s'infiltré dans les mailles du tissu conjonctif de façon tout à fait irrégulière. Par places, il y a donc des traces d'*hémorragies* soit dans les amas, soit dans la zone d'infiltration diffuse.

Dans quelques îlots infiltrés, on trouve de nombreux polynucléaires altérés : ce n'est pas l'aspect d'une suppuration banale, mais une véritable nécrose cellulaire. On peut cependant voir de véritables petits abcès dermiques.

Les glandes sudoripares et les follicules pilo-sébacés peuvent présenter de la nécrose, mais plus souvent ne sont pas atteints.

En somme, l'épiderme est peu touché et surtout secondairement. Dans le derme, il existe de nombreux vaisseaux dilatés et de petites hémorragies disséminés. L'endopérivascularite, l'infiltrat nettement périvascularaire, lympholeucocytaire, des noyaux en pycnose montrent un processus septique ou embolique.

PATHOGÉNIE

Ce type clinique appartient au groupe des *dermatoses nodulaires*. Dans la série il existe une graduation des lésions. Les tuberculides purpuriques s'intercalent comme des cas de transition entre les dermatites nodulaires ni ulcérées ni nécrosées et les dermatites ulcéreuses et nécrotiques : elles associent les nodules des premières aux nécroses purpuriques des autres.

Au point de vue pathogénique, les tuberculides purpuriques doivent être rangées dans les *réactions cutanées défensives*. « La tuberculide est, le plus souvent, une réaction défensive et destructive de l'embolie bacillaire, chez un individu sensibilisé en état de demi-immunité » (Gougerot et Guy Laroche). Elles sont à rapprocher des réactions cutanées incomplètes et insuffisantes dans la maladie d'Osler, rapidement victorieuses dans l'érythème polymorphe.

L'infection est propagée par voie sanguine. Chez un sujet préalablement tuberculeux et, dès lors, *allergique*, l'embolie vasculaire est produite par un petit nombre de bacilles atténués par leur séjour dans un organisme qui se défend. Leur arrivée à la peau, tissu atténuant, provoque la formation de nodules et de plaques érythémato-papuleuses. L'*embolie microbienne* produit la nécrose, l'altération des vaisseaux et même leur rupture. La plus ou moins grande nocivité ou résistance des bacilles détermine le polymorphisme des lésions.

On peut très bien rapporter les tuberculides à l'action du *virus fillant*.

La lésion cutanée est témoin de la lutte et de la destruction

des germes. La peau y participe activement par un processus complexe et, notamment, par ses sécrétions tissulaires.

Les tuberculides purpuriques font partie de la série des dermatoses *allergiques* ou mieux à *réaction de défense nodulaire par sensibilisation*.

Le plus haut degré de la réaction allergique est atteint par les tuberculides escharrotiques noires : la lésion aboutit à la nécrose large ; le processus nécrosant est constant, presque immédiat ou apparaissant dès le deux ou troisième jour ; rapide, se constituant en quelques heures ; l'escharre noire mesure de cinq à vingt millimètres de diamètre ; la poussée se réduit à un, moins souvent à deux éléments.

Cette évolution si spéciale par sa rapidité d'apparition et de constitution de l'escharre noire, l'aspect si caractéristique identifie cette tuberculide au *phénomène expérimental de Koch*, à la lésion escharrotique de réinoculation de l'animal précédemment tuberculinisé : la reproduction expérimentale par la tuberculine confirme.

Le groupement pathogénique des *dermatoses nodulaires nécrotiques* mérite d'être conservé en raison de l'intérêt de souligner le mécanisme lésionnel et le bon pronostic qui en découle. Mais si on arrive à préciser le germe causal, la dénomination étiologique, tuberculides purpuriques chez nos malades, est préférable.

DIAGNOSTIC

Le *Diagnostic positif* des « tuberculides purpuriques » est basé sur : la variété des éléments, les hémorragies si caractéristiques, le siège symétrique aux extrémités, l'allure chronique, l'évolution par poussées chez un sujet jeune à terrain tuberculeux. Il est confirmé par l'intradermo-réaction fortement positive dans la majorité des cas, le Bordet-Wassermann négatif, la biopsie et l'influence du traitement.

Le *Diagnostic différentiel* peut présenter certaines difficultés. Il se pose surtout avec des *dermatoses folliculaires* (la localisation des tuberculides purpuriques sur les follicules pilosébacés est accidentelle), les *dermatoses nodulaires*, d'autres *tuberculides*.

On élimine l'*Acné vulgaire*, malgré des lésions polymorphes, l'existence de poussées chez un sujet jeune, l'allure chronique et la teinte violacée livide. Le siège (l'acné ne dépasse pour ainsi dire jamais la ceinture ni les deux tiers supérieurs du bras), l'absence d'infiltration purpurique, permettent de les différencier.

L'absence de caractère hémorragique écarte les *syphilides folliculaires*, papulo-pustuleuses, papulo-croûteuses. Les *syphilides purpuriques* (Milian) sont des taches « érythémato-purpuriques sans participation nodulaire » ; la dissémination des éléments, l'atrophie considérable de la peau à leur niveau, l'absence de bulles et d'ulcérations, la coexistence de syphilides banales et le Wassermann positif empêche la confusion avec les tuberculides purpuriques. Chez certaines malades présentant des lésions peu caractéristiques et ayant un Wassermann

positif, l'échec du traitement antisypilitique, l'amélioration par la thérapeutique antituberculeuse, l'apparition ultérieure d'éléments plus typiques permettent le diagnostic de tuberculides purpuriques.

On a pu penser à la *lèpre* : d'ordinaire, un examen attentif l'élimine sans difficulté.

Certaines *toxidermies* présentent des éruptions comparables. Les *iodides* arrivent à simuler les lésions et même peuvent prendre un caractère hémorragique trompeur. L'ingestion d'iodure, l'évolution rapide, la localisation élective au cou et à la face, la fréquence de l'infection permettent le diagnostic. Il faut se rappeler que l'intoxication médicamenteuse peut avoir une action sur la poussée de tuberculides.

Les *pyodermies* et les folliculites streptococciques et staphylococciques tuberculoïdes sont une fréquente cause d'erreur. Les lésions associées, les lésions du début sont des folliculites banales ; on les voit évoluer vers l'aspect tuberculoïde ; ils atteignent leur acmé en huit à dix jours ; les vrais tuberculides demandent plus de quinze à vingt jours ; le traitement antiseptique les guérit aisément.

En 1933, à propos d'une de nos malades, le professeur Jadasohn fait le diagnostic de *Dermatitis nodularis necrotica*. Il y a lieu de discuter les rapports entre cette maladie et nos tuberculides.

Werther décrit le premier cas en 1910 : éruption polymorphe, franchement hémorragique, allure chronique, poussées chez un sujet jeune chez qui la tuberculose est évidente. Klingmuller, l'année suivante, présente une observation identique, mais sans étiologie tuberculeuse. Les auteurs allemands et américains publient un certain nombre de *Dermatitis*. Certains cas concernent des sujets tuberculeux, ils s'apparentent à nos tuberculides. Ceux qui sont hémorragiques sont des tuberculides purpuriques : ils présentent les différents stades de lésions, l'infiltration purpurique, la lente évolution, les récidives. Pour les autres cas, la tuberculose doit être écartée.

On est obligé d'admettre une forme spéciale de septicémie, malgré des hémocultures négatives. La présence de *Streptococcus hemolyticus* dans les lésions et les ganglions lymphatiques fait penser que ce microbe peut jouer un rôle dans l'affection.

En somme, la *Dermatitis nodularis necrotica* des auteurs étrangers est un syndrome pouvant relever de causes différentes (la tuberculose semble la cause la plus fréquente). Il est caractérisé par le mécanisme de la réaction de défense cutanée surtout nodulaire par sensibilisation. Il forme un groupement pathogénique qui peut être conservé lorsqu'on ne peut pas déterminer le germe causal ; la dénomination étiologique (tuberculides chez nos malades) semble plus juste.

L'érythème polymorphe à type érythémalo-papuleux a parfois un caractère purpurique : les éléments sont mieux limités, siègent de préférence aux bras et au cou, guérissent en quelques semaines. L'érythème polymorphe à type nouveau présente des nodosités plus volumineuses, une évolution rapide, il n'y a d'ordinaire ni bulles ni ulcérations.

Les engelures peuvent ressembler aux tuberculides purpuriques : siège aux extrémités sur un membre œdémateux, froid, cyanosé, formant des taches érythémateuses avec bulles et ulcérations, croûtes, mais absence d'infiltration, évolution exclusive l'hiver, guérison l'été. On a décrit des cas d'engelures purpuriques (Dubreuilh et Sabrazès, *De quelques formes anormales d'engelures* (obs. I). *B. S. F. D.*, 1891, p. 300). D'ailleurs il existe toutes les formes de transition entre les engelures et les tuberculides purpuriques, les engelures constituant le stade le plus atténué de la maladie.

Le diagnostic avec d'autres formes de tuberculides est souvent difficile. Le *lupus érythémateux* à placards minimes avec points purpuriques siège de préférence à la face et aux avant-bras, on ne note ni bulles, ni ulcérations.

Langiokératome de Mibelli dans ses formes typiques est bien différent : dilatation capillaire et hyperkératose.

Le polymorphisme de l'éruption, l'étendue de certains éléments, surtout leur caractère hémorragique différencient les tuberculides purpuriques des autres *tuberculides papulo-nécrotiques*. Celles-ci, à la suite de lésions de grattage, peuvent présenter des éléments purpuriques.

Enfin des tuberculides diverses peuvent se rencontrer chez un même sujet et rendre le diagnostic différentiel impossible : une malade de Nicolas, Massia et Michel présente, au milieu de tuberculides purpuriques, d'autres formes, tuberculides papulo-nécrotiques, lichénoïdes, acné cachecticorum, érythème induré de Bazin, angiokératome de Mibelli.

En résumé, le diagnostic avec les dermatoses folliculaires est aisé. Il est moins facile avec les dermatoses nodulaires. Les formes les plus fréquentes de la *Dermatitis nodularis necrotica* ont une étiologie tuberculeuse et rentrent dans le cadre des tuberculides. Parmi les tuberculides, le polymorphisme et l'infiltration hémorragique caractérisent les tuberculides purpuriques.

TRAITEMENT

En général, après un temps variable, les lésions guérissent : la peau pâlit, les nodules s'affaissent, les cicatrices se forment. Cette guérison n'est souvent qu'apparente. Des éléments nouveaux surviennent au bout d'un délai plus ou moins long : quelques mois à des années. Par elle-même la maladie est bénigne. Elle témoigne toutefois d'un état tuberculeux : tuberculose atténuée, sans doute, mais peut-être tuberculose en évolution. Il n'est pas exceptionnel de noter comme signe précurseur l'éruption d'une manifestation autrement grave. D'où la nécessité, à côté du traitement de la maladie cutanée, du dépistage et de la prophylaxie de la tuberculose.

L'hygiène générale, la vie au grand air dans un climat ni froid ni humide, les bains de soleil, les rayons ultra-violets, les médicaments reconstituants (huile de foie de morue, sirop iodo-tannique, recalcifiants), les cures thermales chlorurées sodiques, arsenicales ou sulfureuses sont des adjuvants utiles.

La tuberculinothérapie a été la méthode la plus employée chez nos malades. La tuberculine employée est celle de Calmette, de Lille (Tuberculine CL de Poulenc). Les injections se font intra-musculaires, intra-fessières profondes, mais plus souvent dans le derme au voisinage des lésions : dans nos cas, c'était, alternativement, sous la peau de l'une ou l'autre jambe. Les injections étaient faites trois fois par semaine. Les doses au début sont minimales : le millième de milligramme. Si la dose précédente a été bien supportée, la suivante est augmentée à chaque fois ; on a, par exemple, la succession 5 / 1000^e, 8 / 1000^e,

2/100^e, 8/100^e, 1/10^e, 5/10^e, 8/10^e de milligramme, un milligramme et le traitement est poursuivi à cette dose.

Les injections sont d'habitude bien supportées. Localement, elles sont indolores. Elles déterminent, si elles sont faites trop superficiellement, de l'érythème, une réaction papuleuse et même vésiculeuse, douloureuse et chaude. Il suffit d'interrompre les injections locales. Les réactions générales ne sont pas rares ; elles consistent en fièvre, malaise, vomissements, arthralgies, céphalée. Elles sont un signe de l'action du médicament et ne doivent pas en faire rejeter l'emploi. Si elles sont trop vives, il convient de diminuer les doses et même de retarder l'injection en cas d'infection intermittente (coryza, grippe) ou de menstruation.

Le traitement est poursuivi à la dose d'injections de un milligramme le temps nécessaire à la guérison. L'amélioration est constante et rapide, la cicatrisation se fait, mais les récidives sont fréquentes.

On peut aussi employer l'antigène méthylique de l'Institut Pasteur de Paris, antigène de Boquet-Nègre. On fait 2 ou 3 fois par semaine des injections intra-musculaires profondes à doses progressives : les cinq premières piqûres sont faites avec un quart d'ampoule ; pour les cinq suivantes on emploie la moitié de l'ampoule et ainsi de suite ; après les cinq ampoules d'antigène dilué on continue avec le quart d'ampoule d'antigène pur et on augmente de la même façon. Suivant les réactions du malade on peut activer ou ralentir la progression. Il faut continuer le traitement pendant plusieurs mois.

Pour un de nos malades une méthode particulière a été essayée. Le Dr Burnier l'avait expérimentée avec quelques succès dans un certain nombre de lupus érythémateux. Il s'agit d'injections locales de sels d'or. Le produit employé est un thiosulfate d'or (crisalbine). On en fait une solution au millième. Au centimètre cube de liquide contenu dans la seringue on ajoute, pour prévenir la douleur, quelques gouttes d'une solution de novocaïne au centième. On injecte le tout au

voisinage et dessous les éléments les plus importants. Cette méthode a l'avantage de n'introduire dans l'organisme qu'une quantité minime de sels d'or et de la porter à pied d'œuvre. Chez notre malade, la guérison a été obtenue après quatre injections à une semaine d'intervalle.

D'autres traitements peuvent être prescrits. Darier avait obtenu des succès remarquables avec des injections de sels mercuriels solubles ou de calomel dans des tuberculides papulo-nécrotiques malgré un Wassermann négatif. Actuellement on préfère le novarsénobenzol ou le sulfarsénobenzol associés ou non à la tuberculinothérapie. On peut aussi y joindre des vaccins (Vaudremer), l'allergine de Jousset.

Localement, nous recommandons à nos malades un pansement sec et le port de bas chauds. En cas de suintement et surtout d'infection, on fait des attouchements avec une solution de permanganate au vingtième ou de bleu de méthylène au dixième et on recouvre de pommade d'Alibour.

Pour résumer, le traitement général est de beaucoup le plus important ; la tuberculinothérapie nous a donné des résultats satisfaisants ; l'« or local » a, chez le malade où il a été employé, remarquablement bien agi.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

OBSERVATION I

Nous avons eu l'occasion d'examiner et de suivre la malade dont nous rapportons l'histoire. Cette observation a été publiée par le Pr Gougerot et le Dr Burnier dans les *Archives de Dermatologie-syphiligraphie*, en mars 1933.

Mme V..., n° 111798, âgée de trente-deux ans, sans antécédents notables, sans amaigrissement ni troubles nerveux, vient consulter, le 10 avril 1932, pour des lésions papuleuses des deux membres inférieurs apparues le 28 mars ; cette éruption avait été précédée d'un état fébrile étiqueté grippe, du 10 au 25 mars ; le 27, la malade avait vu apparaître un gonflement douloureux des deux coudes, avec quelques petites écorchures enflammées, que la malade attribua à des piqûres de ronce, lors d'une promenade faite la veille dans un bois ; mais il existait en même temps un gonflement douloureux des genoux avec une fièvre légère à 38°.

Le 30 mars, les deux jambes, les cuisses et les fesses devinrent le siège d'une éruption papuleuse et purpurique.

A notre premier examen, le 10 avril 1932, on constate aux deux fesses, à la face postérieure des cuisses et des jambes, un semis de lésions (environ une centaine par membres), soit *maculeuses*, soit *papuleuses*, de cinq à quinze millimètres de diamètre, de coloration rosée, rouge ou violacée ; les *papules* sont saillantes, un peu indurées, quelques-unes plus profondes sont des *nodules* arrondis ; à la vitropression elles laissent une pigmentation brunnâtre.

A la face externe de la jambe gauche, au-dessus de la malléole

on note deux lésions *croûteuses noirâtres*, à bords irréguliers de 20 millimètres de diamètre, entourées d'une auréole rouge violacée et squameuse de 20 millimètres de largeur. Une autre lésion analogue existe au tiers moyen de la face antéro-interne de la jambe gauche.

Malgré une série d'injections d'auto-hémothérapie, de nouvelles lésions apparaissent autour des deux olécranes. Vers le 20 avril, on trouve disséminées aux deux coudes une vingtaine de lésions papuleuses, lenticulaires, infiltrées de petits nodules de cinq à huit millimètres, de coloration rose et violacée ; quelques papules sont également apparues aux deux poignets et sur le dos des mains ; certaines sont centrées par un *point hémorragique*.

Le 27 avril, certains nodules et papules se sont affaissés, tandis que d'autres sont apparus sur les membres inférieurs ; un grand nombre sont centrés par un point hémorragique.

Au creux poplité gauche, sur quatre *éléments purpuriques*, l'épiderme s'est soulevé et décollé ; cette bulle de 20 à 25 millimètres de diamètre est limitée par une bordure violacée régulièrement arrondie et au centre existe un pertuis gros comme une tête d'épingle. Les deux éléments internes se sont réunis pour former un placard à contours très irréguliers de 80 millimètres de haut sur 15 à 30 millimètres de large. En certains points, l'épiderme a disparu et a été remplacé par une croûte noirâtre recouvrant une ulcération violacée.

Le 6 mai, le tableau persiste identique dans son ensemble. Un certain nombre de papules et de nodules de la jambe droite se sont affaissés en laissant une pigmentation brunâtre. Mais de nouvelles papules sont apparues sur le membre inférieur gauche et le plus grand nombre d'entre elles ont pris une coloration violacée *purpurique* ; l'hémorragie débute par un point central qui s'étend ensuite et envahit toute la papule.

Les lésions ulcéro-croûteuses du cou-de-pied et du creux poplité gauche persistent et tendent à creuser en profondeur.

Sur l'avant-bras gauche, à 40 millimètres au-dessus de l'olécrane, sont apparus, le 2 mai, une quinzaine de nouveaux nodules et papules, isolés ou agminés, grands comme une lentille ou une pièce de 0,50 et centrés par un point hémorragique qui envahit ensuite toute la papule.



Fig. 9. — Papules purpuriques disséminées. Bulles et lésions ulcéreuses. (Obs. I).

L'état général de la malade se maintient satisfaisant ; la malade se plaint seulement de la douleur causée par les *ulcérations* du cou-de-pied et du creux poplité gauche. Ses antécédents pathologiques sont nuls : pas de bronchites antérieures, pas d'amaigrissement.

Le 28 mai, les ulcérations du creux poplité et du cou-de-pied gauches, loin de se cicatriser, sous l'influence des pansements à la crème d'Alibour, creusent en profondeur et sont très douloureuses. Ce sont des ulcérations ovalaires, mesurant un à deux centimètres, à bords irréguliers, taillées à l'emporte-pièce, à fond mamelonné et grisâtre.

La malade garde la chambre pendant quinze jours et revient à l'hôpital, le 11 juin. A cette date, on constate aux deux coudes la persistance d'une dizaine de papules violacées, dont certaines sont centrées par un point rouge.

Aux deux fesses, les papules se sont affaissées, mais il persiste des macules rouges ou violacées dont quelques-unes sont centrées par un point rouge ou noirâtre. Un élément est recouvert d'une croûte noirâtre, grande comme une pièce de 0,50 et enchâssée dans le derme.

Aux deux cuisses, les papules et les macules occupent toujours à droite la moitié supérieure et à gauche toute l'étendue de la cuisse débordant sur la jambe. A la face externe de la cuisse gauche est apparue, depuis quatre jours, une macule violacée, purpurique, assez régulièrement arrondie, de deux centimètres de diamètre environ, recouverte d'un épiderme décollé, irrégulier, velvétique ; elle est accompagnée, en haut et en bas, de deux autres petits *éléments purpuriques lenticulaires*. Les ulcérations du creux poplité gauche persistent, mais le fond bourgeonne.

A la face postérieure de la jambe gauche, au tiers moyen, existe une nouvelle ulcération arrondie d'un centimètre de diamètre, entourée d'une auréole violacée cyanotique avec épiderme décollé. L'ancienne ulcération de la face externe du cou-de-pied s'est agrandie ; elle est ovalaire et mesure trois centimètres sur un centimètre et demi ; elle a creusé en profondeur, son fond est rouge et tomenteux, ses bords sont épais, taillés à pic et violacés.

En somme, depuis le début, le processus de la maladie n'est nullement éteint ; si quelques éléments tendent à s'effacer et

à disparaître, de nouveaux éléments plus nombreux sont apparus, à tendance cyanotique et purpurique et les ulcérations creusantes ne sont pas en voie de cicatrisation.

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — La clinique orientait le diagnostic vers les tuberculides. Le 6 mai, une intradermo-réaction à tuberculine est fortement positive, donnant une papule rouge surélevée, indurée, de 18 millimètres de large et entourée d'un halo œdémateux rouge, de 40 millimètres. L'induration de la papule persistera plus d'un mois. On verra plus tard que les injections thérapeutiques de tuberculine furent suivies de réaction générale fébrile à 39 et 40 et d'une réaction locale peu marquée, et que les injections de tuberculine ont amené une amélioration manifeste.

Les B-W sont négatifs. L'examen du sang donne la numération suivante :

Hématies.....	3.900.000
Leucocytes	11.800
Polynucléaires neutrophiles.....	45 %
» basophiles.....	0
» éosinophiles	4 %
Grands mononucléaires	4 %
Moyens mononucléaires.....	29 %
Lymphocytes.....	18 %

L'hémoculture fut négative sur les bouillons ordinaires. La culture du sang par la méthode de Læwenstein est restée stérile (Ragu).

Un cobaye inoculé, le 6 mai 1932, avec 10 cc. de sang, est encore bien portant.

EXAMENS HISTOLOGIQUES (par M^{lle} O. Eliascheff). — Première biopsie, lésion débutante.

Epiderme. — La couche cornée est hypertrophiée et lamelleuse sans noyaux. La granuleuse est partout conservée, mais elle n'est composée que d'une seule rangée de cellules aplaties.

Les bourgeons interpapillaires sont minces et allongés, il en résulte une légère papillomatose. Les cellules épineuses n'ont pas

partout conservé leurs filaments d'union : plusieurs cellules sont œdémateuses, leur noyau est rejeté à la périphérie.

Un grand nombre de cellules basales sont arrondies, plusieurs œdémateuses.

Derme. — Le corps papillaire, le derme supérieur et moyen sont œdémateux et parcourus de nombreux vaisseaux très dilatés. Plusieurs de ces vaisseaux sanguins présentent une prolifération de leur endothélium et sont entourés d'un infiltrat discret de lymphocytes, de rares polynucléaires et de quelques noyaux en pycnose. Les poils, les glandes sébacées et sudoripares sont conservés.

Deuxième biopsie, lésion plus ancienne. Épiderme. La couche cornée hypertrophiée et lamelleuse est, par places, parakératosique.

La granuleuse est composée de une à deux rangées de cellules riches en kératohyaline.

Les bourgeons interpapillaires sont plus rares que sur la coupe précédente, ils sont courts et assez larges. Les cellules épineuses de forme polygonale ont conservé leurs filaments d'union ; on rencontre dans la couche épineuse, ainsi que dans la basale, de nombreuses mitoses. Dans les espaces intercellulaires circulent de rares polynucléaires.

Derme. — Le corps papillaire et le chorion tout entier sont œdémateux, riches en vaisseaux sanguins et lymphatiques dilatés.

Dans une partie de la coupe les vaisseaux sont entourés d'un infiltrat d'intensité moyenne, infiltrat composé de cellules rondes, de rares polynucléaires et fibroblastes.

Dans l'autre partie existe un infiltrat très prononcé. Cet infiltrat, presque exclusivement périvasculaire, forme des amas ou des traînées et descend dans toute la profondeur du chorion jusqu'à la limite de la biopsie. Il est composé de cellules rondes, de polynucléaires, de jeunes fibroblastes et, par places, de noyaux en pycnose.

Dans certains vaisseaux, l'endothélium est proliféré, et ses cellules sont gonflées. La prolifération endothéliale va dans plusieurs vaisseaux jusqu'à l'oblitération de la lumière vasculaire.

D'autres vaisseaux sanguins dilatés sans lésions de leurs parois

contiennent un fin réseau de fibrine et des globules rouges et blancs.

Les poils et les glandes sudoripares sont conservés sans signes d'inflammation à leur pourtour.

Par les colorations de Gram, de Ziehl, de Giemsa et de bleu de Unna, on ne découvre aucun microbe.

En résumé, ces biopsies montrent un œdème très prononcé du derme, une endopérivascularite et un infiltrat nettement périvascularaire, lympho leucocytaire, des noyaux en pycnose, lésions que l'on rencontre dans les maladies infectieuses propagées par voie sanguine.

TRAITEMENT ANTITUBERCULEUX ET ÉVOLUTION. — On institue, le 11 juin, un traitement tuberculinique en injectant sous la peau, au voisinage des ulcérations, des doses progressivement croissantes de Tuberculine CL : 5/1000^e, 1/1000^e, 8/100^e, 1/10^e trois fois par semaine. Certaines doses furent suivies d'une réaction générale assez vive avec courbatures, fièvre à 39° et 40° ; l'injection suivante fut faite à une dose inférieure ; au bout de quatre piqûres, la malade constate une amélioration notable des lésions ulcéreuses.

À l'examen du 4 juillet, on note sur les fesses la trace de macules rougeâtres, dont quelques-unes sont encore centrées par un point hémorragique.

Aux cuisses, des traces rouges persistent ; à la partie inférieure de la cuisse gauche existe une ulcération de un centimètre de diamètre, à fond rouge et bourgeonnant, entourée d'un anneau violacé, et en voie de cicatrisation.

Les ulcérations du creux poplité gauche sont cicatrisées.

La jambe droite n'offre aucune lésion visible ; sur la jambe gauche, les deux ulcérations de la face postérieure sont cicatrisées. La large ulcération de la face externe du cou-de-pied gauche ne mesure plus que 1 cm. 5 sur 1 cm. ; son fond bourgeonne et est en voie de cicatrisation.

Au coude droit, il persiste quelques macules lenticulaires rouges ; au coude gauche on trouve, en outre, trois petites papules.

On continue les injections de Tuberculine CL à doses progressivement croissantes jusqu'à un milligramme, pendant les mois

de juillet, août, septembre et octobre 32. Ce traitement fut habituellement bien supporté, malgré quelques réactions locales et générales légères. Cependant, en plein traitement, de nouvelles poussées cutanées apparurent ; c'est ainsi que le 27 juillet, quelques éléments papuleux et purpuriques survinrent autour des coudes et, le 12 août, une nouvelle poussée de *tuberculides purpuriques* apparut sur le cou-de-pied droit tandis que les anciennes ulcérations du cou-de-pied et de la jambe gauche se cicatrisaient. Le 11 septembre, de nouveaux éléments purpuriques apparurent sur la jambe droite et l'un d'eux montrait un *soulèvement bulleux*. Une nouvelle poussée eut lieu sur la même jambe, le 4 octobre. On arrête alors les injections de tuberculine CL et on les remplace par des injections d'antigène de Boquet-Nègre, à doses progressivement croissantes en octobre-novembre, les lésions ne cessent pas. Le 18 octobre, apparaissent sur les deux genoux et aux deux cous-de-pied de nouvelles *taches purpuriques* ; un élément situé à la face interne de la jambe gauche au tiers inférieur et mesurant 1, 5 à 2 centimètres présente un *soulèvement bulleux*. En novembre, cet élément était toujours recouvert de son épiderme décollé et en déchirant cet épiderme, on aperçoit un fond plat, nécrosé, fibrineux et jaunâtre, avec, au centre, une tache purpurique et à la périphérie un liseré également purpurique. Une auréole violacée débordé l'élément bulleux qui repose sur un infiltrat très net. Sur la face opposée de la jambe, existe une tache purpurique d'environ 5 centimètres sans infiltrat palpable.

Le 7 décembre, elle paraît guérie ; toutes les lésions, sauf une qui a été grattée pour un nouvel examen, sont cicatrisées avec des cicatrices blanches auréolées de brun comme celles des tuberculides papulo-nécrotiques, ou brunes, ou cyanotiques. Malheureusement, au 10 décembre, elle fait une nouvelle poussée identique aux précédentes.

En janvier 1933, elle se croyait guérie. Le 5 décembre 1933, elle revient pour de nouvelles lésions apparues un mois auparavant, à la face postérieure de la cuisse gauche, immédiatement au-dessous du pli fessier ; apparition ensuite de lésions en avant sur le tiers supérieur de la cuisse.

En avant on voit une série de lésions maculeuses de la taille

d'une lentille à une pièce de 0,20 : macules érythémateuses, quelques-unes ulcérées, la plus importante est purpurique, d'autres déjà cicatricielles. En arrière, lésions groupées en corymbes (une trentaine d'éléments) : macules, petites ulcérations grosses comme une tête d'épingle, petites papules érythémateuses à tendance purpurique ; ces éléments sont turgescents le soir. Aucun élément nouveau sur la jambe gauche ni sur le membre inférieur droit. Le traitement par injections d'antigène est repris, poursuivi en janvier, février, mars, avril, mai 1934. La malade se croit guéri de nouveau.

La malade est revue en novembre 1934 ; depuis cinq jours est apparue au niveau du tendon d'Achille gauche une tuberculide papulonécrotique non purpurique.

OBSERVATION II

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

M. C... Eugène, n° 116703, gazier, âgé de 45 ans, vient consulter le 10 mars 1934. Il a été pris huit jours auparavant d'un malaise général ; en même temps, d'une façon brutale, est apparue une éruption de boutons rouges sur les *jambes*.

À l'examen, on constate à la face antérieure des deux jambes qu'il existe, d'une part, de petits *points purpuriques*, d'autre part des lésions plus étendues caractérisées par un *soulèvement bulleux central*, entouré d'une aréole purpurique.

Sur la jambe droite, à la partie moyenne de la face antéro-interne, on voit une ulcération formée par la réunion de plusieurs *éléments bulleux* : elle est allongée, haute d'environ quatre centimètres, large de un à deux centimètres, de forme irrégulière, à fond de coloration rouge sombre, à bords à peu près polycycliques, entourée d'une zone rouge foncée, purpurique. Quelques centimètres au-dessous et en dehors se trouve une autre *ulcération*, presque arrondie, de deux centimètres de diamètre entourée d'une zone également purpurique. Ces deux lésions sont accompagnées d'éléments moins grands (un centimètre de diamètre au

maximum) à centre rouge formé par une bulle entourée d'un halo purpurique.

Sur la jambe droite, une douzaine d'éléments semblables, dont les dimensions vont de celles d'une lentille à celles d'une pièce de deux francs, s'étagent de part et d'autre de la crête tibiale, plus nombreux et plus volumineux en dedans.

Des points purpuriques nombreux parsèment les faces antérieures des deux jambes, plus abondants au tiers moyen, plus discrets au voisinage de la rotule et du cou-de-pied. Ce sont des taches très légèrement infiltrées, grosses comme une tête d'épingle ou une lentille.

Ces lésions ne sont pas douloureuses et peu prurigineuses.

Le soir, les jambes sont enflées.

Il n'existe pas d'éruption sur le tronc ni les membres supérieurs; le malade présente simplement de l'acné sur le dos.

L'état général est bon; le sujet n'a pas maigri, ne tousse pas, en ce moment, mais il déclare avoir des bronchites tous les hivers. Il a deux enfants jumelles suspectes de tuberculose pulmonaire.

L'intradermoréaction à la tuberculine est négative.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang est négative.

Évolution: un traitement par des injections de Tuberculine CL est institué. Des doses progressivement croissantes sont faites en mars, avril, mai, juin 1934, soit en tout vingt-cinq injections, dont trois intra-fessières et les autres sous la peau des jambes, deux fois par semaines en montant d'un millième de milligramme à un milligramme en deux mois et en poursuivant à cette dose.

Le 21 mars 1934, apparaissent aux chevilles quelques éléments nouveaux présentant les mêmes caractères que les premiers. La piqûre détermine une réaction focale purpurique.

Le 17 avril, la piqûre a donné une réaction locale érythémateuse et douloureuse.

Le 8 juin, la deuxième piqûre d'un milligramme déclanche une réaction générale: céphalée, malaise, fièvre.

Le 23 juin, les lésions ont pâli, les ulcérations sont comblées, les lésions purpuriques ont pris une teinte fauve, l'œdème a disparu; aucun élément nouveau n'est apparu.

Le 30 juin, le malade est guéri: il ne reste plus que des cicatrices brunâtres.

OBSERVATION III

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

Mme R... Alexandrine, âgée de 62 ans, n° 116147, vient consulter pour de petites ulcérations des deux jambes, le 27 janvier 1934.

Elle s'est aperçue, le soir du premier janvier, de lésions purpuriques apparues sans doute brusquement sur les deux jambes : elle attribue cette éruption à l'ingestion d'huîtres au repas de midi.

A l'examen, on constate sur la moitié inférieure des deux jambes œdématisées l'existence d'*éléments papuleux*, certains groupés en corymbe, d'autres isolés, la plupart de la grosseur d'une lentille, de coloration rouge-violacé, à caractère nettement *purpurique* ; elles siègent en avant de la jambe immédiatement au-dessus du cou-de-pied. Certains éléments (cinq à chaque jambe) se sont *nécrosés* au centre ; il existe des lésions avec *soulèvement bulleux*.

Une auréole rouge sombre de deux centimètres de large entoure le centre bulleux ou recouvert d'une croûte noire. Ces lésions réalisent l'aspect de *tuberculides bulleuses purpuriques*.

La malade a un bon état général. Elle a du vitiligo qui date de la première enfance. Elle ne tousse pas, mais, en 1933, elle a fait une pleurite sèche.

La radiographie montre de l'emphysème pulmonaire sans condensation et la pleurite basale sèche ; pas de lésions tuberculeuses.

L'intradermoréaction à la tuberculine a formé une papule rouge vif de deux centimètres de diamètre entourée d'une aréole rouge de quatre à six centimètres de large : réaction fortement positive.

Une intradermoréaction au novarsénobenzol a donné une croûte rouge.

Le B.-W. est négatif.

Le traitement par l'injection de doses progressivement croissantes de Tuberculine CL est institué. La cinquième piqûre faite, le 5 février 1934, donne une réaction locale ; à cette même date on constate l'apparition sur la jambe gauche de petits éléments



Fig. 10 et 11. — Tuberculides purpuriques des jambes
Obs. II et III.

érythémato-purpuriques. A plusieurs reprises les injections déterminent des réactions locales ou générales. Le 24 février, la malade est très améliorée (elle n'est plus revenue après dix-huit piqûres).

Le 8 février, la malade revient pour une rechute. L'éruption est réapparue quinze jours auparavant sans cause apparente.

Les lésions siègent exclusivement sur les membres inférieurs ; elles sont plus marquées à gauche qu'à droite et se trouvent sur le tiers inférieur de la jambe, de chaque côté de la crête tibiale.

A gauche, il existe trois éléments formés d'un *soulèvement bulleux* central entouré d'une zone rouge purpurique ; la bulle blanchâtre a les dimensions d'une lentille ; deux sont intactes, l'une est affaissée en son centre. L'*aréole ecchymotique* a la taille d'une pièce de deux francs. A droite, les lésions sont tout à fait analogues d'aspect, mais d'importance un peu moindre. On peut y voir, satellite d'une bulle, une *tache purpurique* de quelques millimètres de diamètre avec un *centre hémorragique* punctiforme.

Les éléments ne sont ni douloureux ni prurigineux.

Le traitement par les injections de tuberculine est repris.

OBSERVATION IV

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

M. H... Marie-Anne, sans profession, âgée de 53 ans, vient consulter, le 26 janvier 1935, pour une ulcération de la jambe.

En mars 1934, -est apparue, alors qu'il faisait froid, à la face postérieure de la jambe gauche, une tache purpurique lenticulaire. Le 2 avril, la lésion qui s'était élargie, s'est ulcérée ; l'ulcération, grande comme une pièce de deux francs, a persisté trois mois, a régressé pendant l'été, mais sans se cicatriser complètement. En décembre, la lésion s'est étendue.

Actuellement, on constate à l'union des deux tiers inférieurs, sur la face postérieure de la jambe gauche, une ulcération de quatre centimètres de haut sur cinq centimètres de large, grossièrement ovale, à bords irréguliers, à fond rouge et tomenteux.

Le pourtour est formé d'une zone violacée de un centimètre de large.

Depuis quinze jours est apparu, à quelques centimètres en dehors et un peu en dessous de la première lésion, un élément arrondi, mesurant deux centimètres de diamètre avec soulèvement bulleux, fond purpurique et aréole rouge sombre.

Depuis deux jours, sept centimètres au-dessous de la grande ulcération, est apparu un élément lenticulaire de teinte violacée à centre purpurique.

En outre, la malade présente des lésions de vascularite blanchâtres, sur fond rouge violacé, à la face interne de la jambe gauche ; ces lésions existaient avant l'apparition de l'ulcère (il y a un an environ).

La malade a fait une phlébite à la suite de couches en été 1905.

Elle a un très bon état général, ne tousse pas et a pris du poids. On ne relève dans sa famille aucun antécédent tuberculeux.

L'intradermoréaction à la tuberculine est très positive : donnant une papule érythémateuse de deux centimètres avec une vésicule au centre.

La malade a été mise au traitement par injections de doses progressivement croissantes de Tuberculine CL.

La malade, à la suite d'une grippe, abandonne le traitement.

Elle revient au début de mars : l'ulcération s'est peu modifiée ; elle a diminué d'étendue et sa coloration est moins vive. Les bulles et les taches lenticulaires satellites ont disparu.

Les injections de Tuberculine sont reprises.

OBSERVATION V

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

M. B... Suzanne, n° 114349, âgée de 37 ans, vient consulter, le 6 mai 1933, pour des lésions des jambes apparues depuis quinze jours.

Le début se fait par une *tache rosée, lenticulaire*, grosse comme une tête d'épingle, folliculaire. En certains points ce sont de

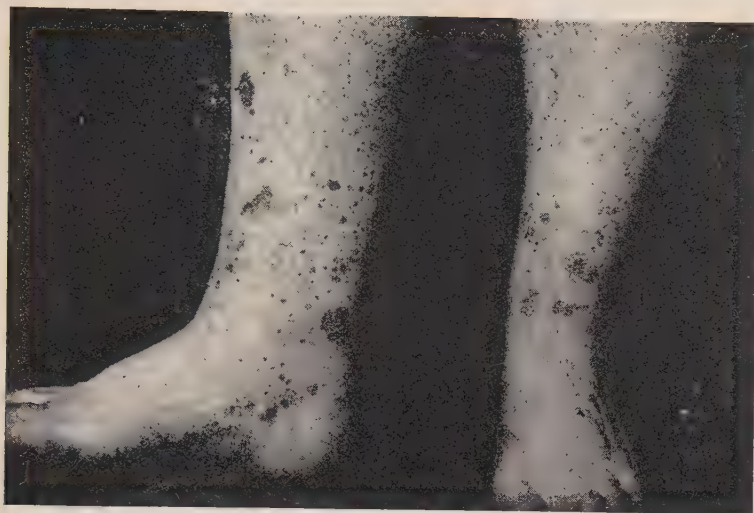


Fig. 12 et 13. — Tuberculides purpuriques, lésions papuleuses, bulleuses, ulcéreuses. Cicatrices.
(Obs. V et VII).

petites *vésicules* qui se forment au sommet du poil ; huit jours après la vésicule s'ulcère et se *nécrose* ; elle a l'apparence d'une *tuberculide papulo-nécrotique*. Ces vésicules se trouvent surtout sur les fesses.

Aux jambes on remarque l'*aspect purpurique* de placards isolés, ovalaires ou arrondis, de la dimension d'une pièce de un franc ou de deux francs, dont certains présentent un soulèvement épidermique.

On trouve quelques éléments sur les cuisses et sur les fesses, mais ils sont particulièrement nombreux au tiers inférieur de la jambe, au-dessus du cou-de-pied, dans la région antérieure.

La malade présente un aspect floride ; elle a toutefois maigri pendant les mois précédents : dix-huit kilogs depuis 1931 ; elle tousse, mais ne crache pas.

L'intradermoréaction à la tuberculine est fortement positive : rougeur centrale ovalaire de quatre centimètres sur deux, auréole périphérique de sept à dix centimètres de large et ganglion axillaire.

Quatorze injections de Tuberculine CL à doses croissantes à raison de deux par semaine ont été très bien supportées et ont amené une amélioration progressive et la guérison.

OBSERVATION VI

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

M. E... Louis, n° 113791, employé de chemin de fer, âgé de 29 ans, vient consulter, le 20 février 1933, pour des lésions des mains.

Tous les hivers, il avait souffert d'engelures, mais les années précédentes il s'était agi seulement de gonflement des deux mains. Cette année des engelures existaient depuis trois semaines, lorsqu'il y a dix jours apparurent les lésions actuelles.

Actuellement, on constate un gonflement et un état cyanosé, violacé de la peau, de la face dorsale des deux mains. On note, d'une part, des engelures ulcérées, d'autre part, un semis de *pa-*

pules lichénoïdes, de la grosseur d'une tête d'épingle à une lentille ; elles sont surtout nombreuses sur la moitié externe du dos de la main et sur le dos des deux dernières phalanges de chaque doigt ; leur teinte est violacée, rouge-noirâtre, *hémorragique* ; quelques-unes sont ulcérées avec une petite croûte noirâtre déprimée, au centre d'une *papule purpurique*.

Ces éléments existent très peu nombreux et très peu marqués sur le poignet en arrière et quelques lésions minimales au talon des deux pieds.

De telles lésions, par leur siège aux extrémités, leur symétrie, leur évolution lente, leur caractère hémorragique et nécrotique, leur infiltration sont des *tuberculides*.

Le malade a un bon état général ; toutefois il tousse un peu.

L'intradermoréaction à la tuberculine est positive.

Le Bordet-Wassermann est négatif.

On a institué un traitement par des injections locales de sels d'or ; on emploie une solution de thiosulfate d'or (crisalbine) dans l'eau distillée, à un pour cent ; un centimètre cube de cette solution mélangée à une ou deux gouttes de novocaïne est injecté sous la peau de chaque main, une fois par semaine. À la deuxième piqûre, le malade est très amélioré ; les lésions pâlisent, la teinte purpurique disparaît. Après la quatrième injection le malade est guéri.

OBSERVATION VII

Observation inédite du Service du Professeur Gougerot.

M. M... Albert, n° 114074, opticien, âgé de 24 ans, vient consulter, le 18 mars 1933, pour des ulcérations des jambes.

La maladie a commencé pendant l'été de 1928 ; depuis des poussées se produisent à intervalles irréguliers (de trois semaines à un an).

Ces ulcérations sont situées à la face interne des deux jambes ; elles sont plus importantes et plus nombreuses sur la jambe gauche. L'ensemble forme une série d'ulcérations disposées en



Fig. 14 et 15. — Tuberculides purpuriques.
Papules neurotiques, bulles et ulcérations.
(Obs. VI et XXIX).

bandes linéaires dans une zone rouge ; certaines sont arrondies ou ovalaires ; d'autres allongées, linéaires, comme dues à des coups d'ongle ; d'autres sont serpigneuses.

Le fond en est rouge jaunâtre, parfois recouvert de croûtes ; elles sont entourées d'une auréole rouge inflammatoire, large d'un centimètre environ.

A la face antérieure de la jambe gauche existent les cicatrices des lésions antérieures, taches arrondies ou ovalaires, cicatricielles, de coloration noirâtre en bordure, bleuâtre au centre.

A la jambe droite, à la partie moyenne, les lésions cicatricielles sont plus nombreuses ; il persiste encore sur la face interne deux éléments en voie de cicatrisation et saignants.

Au-dessus de la malléole externe existe une lésion au début : elle se présente sous la forme d'une zone *centrale noirâtre hémorragique*, entourée d'une pellicule décollée et ceinte d'une zone rouge inflammatoire de un centimètre de large.

Ces ulcérations siégeant aux extrémités, symétriques, à évolution lente par poussées, sont des ulcérations tuberculeuses. Des lésions purpuriques apparues pendant le traitement sous forme de petites papules hémorragiques permettent de classer ce malade dans les *tuberculides purpuriques*.

* Le sujet a un aspect floride ; une sœur est atteinte d'une adénite tuberculeuse du cou : ses parents sont bien portants.

L'intradermoréaction à la tuberculine est fortement positive : elle provoque une grosse papule œdématisée, rouge, auréolée d'une zone enflammée. La réaction locale a été accompagnée d'une réaction générale : malaise, fièvre à 38°.

Le B.-W. est négatif.

Une première série d'injections, à doses croissantes, de Tuberculine CL, est faite en mars, avril, mai (vingt-deux injections) : elles sont faites tantôt intra-fessières, tantôt sous la peau des jambes et très bien supportées.

Le malade part en Savoie.

Le 9 septembre 1933, il revient ; il a pris des bains de soleil : la jambe gauche est cicatrisée. Sur la jambe droite, où persistent des cicatrices, on aperçoit trois petites *lésions purpuriques* apparues depuis trois semaines : petites papules ou plutôt *taches légèrement infiltrées*, de la grosseur d'une lentille, de coloration rouge

sombre, ne disparaissant pas à la vitropression, franchement purpuriques. Le traitement est repris : les premières doses d'un milligramme de tuberculine donnent des réactions générales avec température à 38°, 39° et même 40°.

Après une amélioration progressive, le 14 novembre, la guérison est presque complète ; mais, le 21, se produit une nouvelle poussée et apparaissent quelques éléments purpuriques à la jambe droite.

Le traitement, après une centaine d'injections, a été abandonné : le malade amélioré, mais non guéri, n'a pas été revu depuis le 3 juillet 1934.

OBSERVATIONS

OBS. VIII. — KAPOSI. — Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites). (*Arch. f. Derm.*, 1894, p. 87 et seq.). D'après la thèse du Dr Haury.

Il s'agit d'une femme serbe de 40 ans, mariée, présentant un certain degré d'anémie et d'hystérie, sans maladies antérieures.

Son éruption était survenue trois mois auparavant sous forme de nodules siégeant sur le visage ; elle était survenue sans cause apparente, notamment sans l'intervention d'aucuns médicaments (ni iode ni brome) externe ou interne. Tout le visage était parsemé de nodules nombreux, atteignant la grosseur d'un grain de chénevis ou d'un petit pois, de couleur tantôt rouge vif, tantôt,

et le plus souvent, rouge livide et brunâtre ; ces nodules, au dire de la malade, étaient très douloureux à la pression ; il semblait pourtant ici qu'il s'agissait plutôt d'une hyperesthésie cutanée que d'une sensibilité spéciale à l'élément éruptif.

Au niveau de la région sourcilière, les éléments étaient serrés en groupes compacts : leur coloration livide, la présence de nodules éruptifs bruns-livides, aux extrémités, la nationalité de la malade, tout cela fait penser à la lèpre.

Sur le nez, sur le menton, on trouvait des nodules folliculaires, d'un rouge vif, acuminés, de la grosseur d'un grain de mil ou d'une tête d'épingle, qui étaient évidemment des éléments à leur début. Les nodules, plus anciens et plus gros, portaient à leur sommet un commencement de fonte purulente, de sorte que l'affection pouvait être regardée comme une folliculite subaiguë avec formation de nodules de tissu jeune.

L'aspect de l'éruption au niveau du dos et des parties latérales des doigts sur les avant-bras et les bras, aux genoux et aux cuisses, était encore plus déconcertant. Elle était constituée par des éléments éruptifs et par des nodosités de deux à dix millimètres, de coloration rouge brun ou livide, nettement limités, légèrement saillants, et dont la surface était tantôt complètement lisse et mince, tantôt recouverte en son centre d'un *point hémorragique* légèrement déprimé.

Cette éruption ressemble en partie à une lèpre maculo-papuleuse au début, en partie à un érythème noueux, surtout eu égard au siège des éléments.

Sur les doigts, en outre, on remarquait des hémorragies punctiformes et des éléments nécrotiques durs et bien limités, en même temps que des nodules aplatis avec dépression centrale ecchymotique, altérations ressemblant à des engelures ou au *lupus érythémateux*.

Pendant son séjour à la clinique, la malade présenta de nombreuses poussées d'éléments éruptifs tout à fait analogues aux précédents sur les membres inférieurs, le visage et le cuir chevelu.

HISTOLOGIE. — Nodule formé de tissu embryonnaire, siégeant dans la partie profonde du derme, surtout au niveau du fond du follicule pileux et des glandes sudoripares.

L'infiltration cellulaire se prolonge le long des vaisseaux qui se rendent vers la couche papillaire. On rencontre, de plus, dans les nodules, de nombreuses cellules en dégénérescence graisseuse et beaucoup de cellules géantes réunies en amas.

OBS. IX. — HALLOPEAU et LEDAMANY. — Lupus érythémateux anormal, folliculis ou type morbide nouveau (*Ann. de Derm.*, 1895, p. 380), (*en partie résumée*).

Maria G..., domestique, présentant une grosse adéno pathie cervicale droite, a vu, en octobre, apparaître sur les mains de nombreux boutons qui persistent.

Lors du premier examen (novembre 1894), on constate aux doigts, sur les faces antérieures et postérieures ; aux mains le long du bord cubital ; aux avant-bras, à la partie inférieure du bord interne ; enfin à la face postérieure des coudes, une éruption formée de papules rougeâtres, de papulo-pustules et de petites cicatrices.

Aux doigts : papules de coloration violacée, aussi nettes au toucher qu'à la vue ; au centre, tantôt petite dépression cicatricielle, tantôt petite croûtelette grisâtre avec parfois au-dessus une gouttelette de pus.

Au voisinage du coude gauche, les papules sont plus aplaties, plus larges (5 à 8 millimètres) ; leur coloration est rougeâtre, leur centre porte une petite croûtelette, leur périphérie est squameuse.

Les cicatrices nombreuses à la face antérieure des doigts sont violacées, déprimées, de 2 à 6 millimètres de diamètre, entourées d'une zone érythémateuse.

Petites cicatrices déprimées ou non sur le nez, les parties supérieures et internes des joues, la région de la nuque, les oreilles et les régions mastoïdiennes. Les oreilles un peu violacées et froides comme les mains, portent, en outre, sur le pavillon des éléments papulo croûteux.

Au-devant des genoux, sous la rotule, croûte humide brunâtre qui recouvre une ulcération superficielle entourée d'une zone inflammatoire.

Lésions non douloureuses spontanément ; léger prurit.

État général assez bon, rien à l'examen des organes.

Le 6 décembre 1894, un grand nombre d'éléments ont disparu, laissant, soit des cicatrices déprimées, soit de simples macules violettes. D'autres, en nombre au moins égal, sont apparues, les uns purement papuleux, les autres ayant présenté à leur centre une petite vésicule dont la dessiccation a produit une croûtelette ou qui s'est rapidement transformée en une pustulette profonde qui, guérissant, laisse une cicatrice indélébile. Œdème de la paupière.

Le 10 décembre, une plaque érythémateuse un peu douloureuse, avec plusieurs petites vésicules dont la coalescence a formé un soulèvement épidermique d'apparence bulleux, de forme aplatie, irrégulièrement circulaire, large de 12 millimètres. La partie inférieure est déjà transformée en une croûte jaunâtre, épaisse, irrégulière. Autour de cette bulle se dessine une aréole rouge, d'une largeur de cinq centimètres.

Le 15 décembre, la croûte recouvre une érosion superficielle en voie de cicatrisation. Le 14 janvier, à l'index gauche, petite croûte grisâtre large de 3 millimètres recouvrant une petite ulcération profonde ; cette lésion, de même nature que les papulopustules, a servi de porte d'entrée à un strepto qui cause un panaris. Le 27 février, après cessation des pansements, toute la face dorsale de la main et des doigts et une grande partie de la face postérieure de l'avant-bras sont recouverts de papules : les plus petites sont à peine visibles à l'œil nu et les plus grosses ont 2 à 3 millimètres de diamètre, roses ou jaunâtres, la plupart isolées, quelques-unes formant de petits placards à deux, quatre, sept éléments. Un grand nombre sont centrées par un poil, les autres sont régulièrement convexes ou aplaties à leur sommet, quelques-unes sont acuminées, presque toutes ont un centre de coloration blanchâtre... Ni douleur, ni démangeaison. A la main droite même aspect que précédemment ; lésions plus nombreuses et plus étendues.

HISTOLOGIE (Darier). — 1^o. Infiltration diffuse du corps pa-

pillaire par des cellules rondes et par des cellules plasmatiques ; 2° présence de cordons et traînées de ces mêmes cellules autour des vaisseaux du derme ; 3° dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques et petites hémorragies (il y a par places des traces d'hémorragie soit dans les cordons cellulaires, soit dans les zones superficielles d'infiltration diffuse) ; 4° intégrité absolue des glandes sudoripares et relative des follicules pilosébacés ; 5° altérations importante de l'épiderme, qu'on pourrait qualifier d'atrophie cornée.

La biopsie a été faite sur une petite plaque formée de deux ou trois papules : élevation plane à surface squameuse, sans tendance à la suppuration. La lésion que j'ai examiné appartient au lupus érythémateux multiple à petites éléments (DARIER).

Hallopeau conclut : la clinique et l'histologie se trouvent ici en désaccord apparent : s'il s'agit d'un lupus érythémateux, il présente des caractères bien exceptionnels, car presque partout les éléments éruptifs sont isolés et nombre d'entre eux ont suppuré.

Au contraire, les analogies avec les faits cités de Brocq, Barthélemy, Pollitzer et Dubreuilh sont incontestables tout au moins pour les lésions des coudes. Aussi considérant que les lésions, tout en étant plutôt en faveur du lupus érythémateux, ne sont pas pathognomoniques, est-ce au diagnostic de folliculite que, pour notre part, nous aurions tendance à nous rattacher tout en nous demandant si l'hypothèse d'un type non encore décrit ne serait pas plus vraisemblable.

OBS. X. — DU CASTEL. — Éruption purpurique des doigts (*Ann. de Derm.*, 1896, p. 724) (*Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1896, p. 366).

Il s'agit d'un homme de 28 ans, infirmier. Pas d'antécédents héréditaires. Antécédents personnels : à 10 ans, éruption des membres inférieurs qui a laissé sur les jambes de nombreuses cicatrices arrondies, blanches, superficielles ; il ne semble pas qu'il se soit agi de syphilis. Pendant le service militaire, abcès à la partie supérieure de la fesse gauche : évolution comme un

abcès froid, ouverture au bout de vingt jours, fistulisation assez longue après incision, guérison, après deux mois de traitement. En même temps que cet abcès, apparition sur les jambes de lésions d'abord papuleuses, bientôt ulcérées qui furent deux mois à se cicatriser ; on en voit actuellement les cicatrices sur les jambes qui se confondent avec les cicatrices de l'éruption de l'enfance.

Ce malade est entré à plusieurs reprises dans le service de M. Du Castel, pour des accidents analogues à ceux qu'il présente aujourd'hui ; au début il a été soumis au traitement d'essai antisyphilitique, bien qu'il ne soit pas permis de relever chez lui aucun antécédent, aucune lésion nettement syphilitique ; ce traitement n'a jamais donné aucun résultat appréciable et, a été depuis, remplacé par le traitement antiscrofuleux.

En 1895, entre à l'hôpital Saint-Louis (service de M. Gaucher). Éruption sur tout le corps de taches qui font penser à une roséole : traitement par pilules de protoiodure et par iodure de potassium. L'éruption disparaît au bout de quinze jours, mais nouvelle apparition sur les jambes et les bras des accidents déjà observés pendant son service militaire. Le traitement antisyphilitique est continué pendant un mois et demi sans amélioration. A cette époque, il se produit sur les doigts une éruption que M. Gaucher croit pouvoir attribuer à l'influence de l'iodure. En présence de l'inefficacité du traitement antisyphilitique celui-ci est suspendu ; quelques jours après les accidents cessent et le malade quitte l'hôpital : 15 jours après nouvelle poussée des mêmes lésions ; il revient à Saint-Louis et entre salle Cazenave : pas de traitement mercuriel, mais huile de foie de morue, viande crue, sirop d'iodure de fer ; le malade sort guéri après vingt jours de traitement. C'est au cours de ce séjour qu'il est présenté pour la première fois à la Société de Dermatologie.

Depuis l'été dernier présente des altérations de la peau des doigts siégeant surtout sur la face dorsale au niveau des articulations des phalanges, des phalangettes et des phalanges. Ce sont des placards arrondis, légèrement desquamatifs et cornés avec épaissement marqué du derme ; il existe des bandes longitudinales le long du bord interne du pouce et des bords externes des index. Ces lésions plutôt scléreuses, ne sont pas profession-

nelles et dues à des frottements répétés. Elles ne présentent l'aspect ni d'une gomme ni d'un tubercule syphilitique : leur nature paraît bien difficile à déterminer. Peu de jours après l'emploi d'iodure de potassium par M. Gaucher, les plaques morbides étaient envahies par un piqueté hémorragique intense.

En octobre, le piqueté hémorragique s'était beaucoup atténué, mais l'induration du derme persistait ; en quelques semaines toute trace d'hémorragie avait disparu, mais les lésions dermo-épidermiques ne s'étaient pas complètement effacées.

Il y a trois semaines, le malade entrait de nouveau dans notre service : les plaques malades s'étaient légèrement réveillées ; elles débutaient par de petites papules dont la convergence donnait lieu aux larges placards morbides, mais il n'y avait pas trace d'hémorragie. Depuis quelques jours le piqueté hémorragique a commencé à se reproduire, mais il est beaucoup moins intense, il se développe beaucoup moins rapidement qu'après l'ingestion d'iodure de potassium. Je ne crois pas qu'actuellement on puisse accuser le médicament d'être la cause des hémorragies. La tendance aux hémorragies fait partie du processus pathologique dont notre malade est atteint que l'iodure n'a fait qu'exagérer et précipiter cette tendance naturelle.

Huit mois après nouvelle poussée, même traitement : guérison en un mois.

Présenté de nouveau à la Société (Du CASTEL, Dermatite hémorragique des saillies des doigts, *Ann. de Derm.*, 1899, p. 141. *Bull. Soc.*, 1899, p. 64) : altération des mains avec piqueté hémorragique ; la plupart des petits nodules pathologiques sont semés de petites taches hémorragiques de la dimension d'une tête d'épingle ; cette poussée est apparue sans ingestion préalable d'iodure.

L'éruption a tendance à se montrer l'hiver, à s'exagérer, mais elle fut observée plusieurs fois au cours des saisons chaudes ; notre sujet a des apparences lymphatiques ; il n'est pas actuellement tuberculeux authentique, mais l'abcès de longue durée qu'il a eu à la fesse, les lésions qu'il a présentées aux jambes n'ont-ils pas été de nature tuberculeuse : les premières manifestations d'une série tuberculeuse dont les lésions actuelles constituent une nouvelle étape.

En 1901, il est de nouveau présenté (Du CASTEL, Tuberculides des membres, *Ann. de Derm.*, 1901, p. 959. *Bull. Soc.*, 1901, p. 411). Début, en mai 1901, d'une éruption papuleuse semblable aux premières, guérison. Nouvelle poussée en septembre : traitement mercuriel sans résultat. En octobre 1901, il présente une éruption qui siège : aux membres inférieurs, sur la face dorsale des pieds et la face antérieure des jambes, aux membres supérieurs, sur la face dorsale et la face palmaire des doigts, sur la face dorsale de la main et sur la face postérieure du poignet, des avant-bras.

La lésion, au début, est formée par une papule aplatie dont les dimensions varient d'une lentille à une pièce de un franc. Au début la papule est arrondie, légèrement saillante, de couleur rouge pâle, reposant sur une base souple ; au bout de quelques jours le centre s'affaisse, tandis que la coloration change : la périphérie devient jaunâtre et irrégulière, le centre rouge plus ou moins livide et, dans quelques cas, prend l'apparence d'une tache de purpura.

Certains éléments, particulièrement aux mains, au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalango-phalangiennes, de même que sur le bord cubital de la paume de la main forment une élévation saillante presque verruqueuse et acquièrent une consistance presque fibreuse. Ces éléments ont une couleur livide, sont indolores et desquament modérément.

Certains éléments parmi ceux dont l'évolution a été la plus rapide et qui, dès le début, ont pris une teinte franchement purpurique au centre, après avoir desquamés rapidement se sont ulcérés.

Un des éléments a formé, sur la deuxième articulation métacarpo-phalangienne de la main droite, une ulcération qui a un demi-centimètre de diamètre : elle est assez régulièrement arrondie, à fond plat, de couleur rouge sombre, sans bords taillés à pic, avec bourrelet périphérique saillant et desquamé de teinte livide. Au pied droit un élément semblable n'a pas abouti à l'ulcération ; la desquamation a été plus active, mais la cicatrisation au niveau de la tache purpurique s'est faite en huit jours.

Au 28 octobre, depuis huit jours aucun élément nouveau n'est apparu. Les éléments les plus anciens, après avoir pris les dimen-

sions d'une pièce de cent sous, ont perdu leur bordure périphérique surélevée et se voient encore sous forme de taches irrégulières et pigmentées.

D'autres éléments moins anciens, mais étendus en surface présentent au centre une partie pigmentée d'un jaune pâle et à la périphérie des éléments isolés, papuleux, de coloration plus vive ; la forme d'ensemble est nettement circonée.

Dans les plis de flexion des doigts des deux mains, on trouve des éléments en voie de cicatrisation, desquamant à la périphérie et montrant au centre quelques taches purpuriques irrégulièrement disséminées, de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'un grain de millet ; sur le bord interne des pieds, mêmes éléments à taches purpuriques mais plus volumineux.

Rien sur le reste du corps. état général médiocre, anorexie, insomnie, légère fièvre vespérale ; le malade ne tousse pas et n'a jamais toussé.

Au 4 novembre, l'éruption est en voie de disparition : quelques taches purpuriques montrent la trace de certains éléments disparus. Aux endroits où l'épiderme est le plus épais, la bordure périphérique pigmentée a presque complètement disparue. Les taches purpuriques noirâtres persistent ; en certains points l'épiderme se détache et tombe du dessus de ces taches. L'ulcération de la main droite va guérir.

En conclusion, la prédominance des papules nécrotiques, la localisation sur les membres me paraît rapprocher les éruptions auxquelles notre malade est sujet de ce que nous appelons aujourd'hui les tuberculides, beaucoup plus que de toute autre affection.

Présenté en 1902 (Du CASTEL, Tuberculides des organes génitaux, *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1902, p. 28). Il existe encore un certain nombre de papules nécrotiques ; sur les jambes il s'est produit une éruption circonée à extension excentrique progressive formant des plaques pigmentées entourées d'une ligne de papules peu volumineuses.

Sur le prépuce il existe deux ulcérations de un centimètre de diamètre environ, à bords à pic, mais non décollés, présentant de grandes analogies avec des ulcères chancrelleux ; elles sont recouvertes d'une plaque nécrotique minime ; pas de contagion pos-

sible ; même nature que les autres, ce sont des tuberculides gangréneuses.

Présenté en 1903 à deux reprises (HALLOPEAU et LEBRET. Sur un cas d'iodisme hémorragique, bulleux et scléreux, chez un malade atteint très probablement de syphilis héréditaire. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1903, p. 296 et 323). On insiste sur certains stigmates d'hérédo-syphilis : crâne, les dimensions transversales l'emportent de beaucoup sur les dimensions verticales ; la partie postérieure de l'occipital forme une surface verticale dont le sommet est très voisin du vertex ; les bosses frontales sont exagérées ; existence de saillies osseuses sur la région temporo-pariétale droite ; la moitié droite est notablement plus développée que la gauche. On note à la partie postérieure du pharynx une dépression cicatricielle. A 10 ans, affection oculaire qui a laissé une amblyopie droite prononcée ; entend mal à droite.

Les lésions cutanées sont disséminées au cou, aux poignets, aux doigts, aux jambes ; on voyait soit des macules, soit des éléments en saillie de coloration violacée, avec piqueté hémorragique ; l'épiderme desquame à leur niveau.

M. Hallopeau prescrit deux grammes d'iodure de potassium : les saillies anciennes s'entourent d'une auréole érythémateuse ; sur les macules, fin piqueté hémorragique ; éléments nouveaux, bulleux, séreux, hémorragiques. Peu après trois grammes d'iodure de potassium déclanchent le jour même, malaise général, sensation pénible aux doigts ; le lendemain nombreuses ecchymoses ; papules lenticulaires avec infiltration hémorragique aux coudes ; à la face inférieure des orteils, soulèvement bulleux avec liquide hémorragique. M. Hallopeau conclut donc à de l'iodisme hémorragique, bulleux et scléreux.

Présenté une dernière fois (HUDELO et LEBAR. Iodisme purpurique avec association probable de tuberculides à types d'angiokératomes. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1904, p. 361), le sujet a présenté, à plusieurs reprises, des poussées éruptives semblables. Biopsie faite par M. Gastou au genou gauche : pansement à la gaze iodoformée ; le lendemain apparition au voisinage de l'application d'iodoforme et tout autour, de taches purpuriques nombreuses groupées en placards. Eruption analogue aux doigts et au genou droit. Il n'y a pas eu d'éléments bulleux ; depuis un an,

au dire du malade, il n'y a pas eu ingestion d'iodure et les poussées purpuriques, néanmoins, n'ont pour ainsi dire pas cessé.

HISTOLOGIE (M. GASTOU). — Une couche cornée à lames feuilletées, desquamatives, sans noyau, au-dessous desquelles l'épiderme s'est aminci ; sans couche granuleuse ou avec une couche granuleuse formée d'une rangée de cellules très aplaties.

Le corps muqueux ne présente aucun caractère spécial ; les papilles sont œdématisées et le siège d'une infiltration qui se continue dans la zone sous-papillaire. Cette infiltration se rencontre profondément dans le derme sous forme d'amas et de traînées. Partout où elle existe, cette infiltration est ainsi constituée : ou un plusieurs vaisseaux occupent parfois le centre, le plus souvent la périphérie et des cellules ou des débris de cellules très polymorphes. Les vaisseaux sont sanguins ou lymphatiques : ceux-ci sont très nombreux sous forme de lacunes, à la périphérie des papilles, à leur base et dans le derme. Les vaisseaux ont leur endothélium très proliféré obstruant même la lumière ; ils sont non seulement distendus mais leur nombre est augmenté.

Autour d'eux se groupent les infiltrations et lésions cellulaires :

1^o Une infiltration leucocytaire abondante formant le substratum ;

2^o Des débris de cellules dont on ne voit que des noyaux allongés ou plus ou moins informes :

3^o Des amas granuleux avec des débris de noyaux ;

4^o Quelques amas de cellules épithélioïdes inclus parmi les leucocytes.

Il n'existe pas de cellules géantes. On note également l'épaississement des fibres élastiques, des altérations des glandes sudoripares, caractérisées par le gonflement et la prolifération des épithéliums de ces glandes.

L'ensemble de ces lésions se rapproche des altérations que l'on rencontre habituellement dans les tuberculides érythémateuses ; il y a lieu de signaler également l'état œdémateux des régions papillaires et le développement exagéré des lacunes lymphatiques en ces régions ; faits qui peuvent expliquer la facilité avec laquelle à la moindre irritation cutanée par prise de médicaments

ou par applications externes, le malade fait une éruption artificielle.

Les lésions des doigts consistent en une hyperkératose extrêmement marquée. Il existe un épaissement considérable de la couche cornée avec plusieurs assises de cellules cornées à noyau, auxquelles correspondent du reste plusieurs couches de cellules d'éléidine.

Les régions papillaires et dermiques présentent des lésions identiques à celle de la peau du genou.

La dilatation des vaisseaux, les caractères de l'infiltration, l'hyper et la parakératose légitiment le diagnostic d'angiokératome.

La même disposition lymphatique œdémateuse explique la localisation au niveau des angiokératomes des éruptions artificielles.

Nous croyons donc pouvoir conclure en nous demandant si, en présence des résultats de l'examen histologique, la tuberculose ne commande pas le type des lésions cutanées dont l'intoxication médicamenteuse est la cause provocatrice.

OBS. XI. — LEREDDE et MILIAN. — Tuberculide angioma-teuse des membres inférieurs. *Ann. de Derm.*, 1898, p. 1095.

Une jeune fille de 19 ans entre salle Alibert, le 13 février 1898. Depuis son enfance cette malade présente des adénopathies de la région sous-maxillaire et de la région antéro-externe du cou, très volumineuses, soulevant la peau ; certains ganglions atteignent le volume d'un œuf de poule.

Depuis près d'un mois, elle présente sur la face dorsale des orteils, sur le bord externe du pied, sur les faces latérales de la région tibio-tarsienne et sur la partie postéro-inférieure des jambes, des éléments qui ont en moyenne le volume de lentilles, saillants, arrondis, de couleur rouge sombre. Sur ces papules on constate de petites taches purpuriques.

On n'a pas noté chez notre malade d'autres lésions cutanées ;

elle présente, depuis quatre ou cinq ans, des altérations unguéales des mains et, en particulier, des index : les ongles sont grisâtres, cannelés, recroquevillés ; la cause de ces altérations est tout à fait inconnue.

BIOPSIE. — Fragment pris à la partie inférieure de la jambe. Les altérations de l'épiderme sont tout à fait accessoires.

Plan profond du derme. A l'union du tissu adipeux et du derme, on trouve, à la partie moyenne des coupes, une artère à parois très épaisses qui est presque oblitérée par la multiplication des cellules de la couche interne ; cependant la circulation n'est pas arrêtée : on trouve encore quelques globules rouges dans la lumière, mêlés de lymphocytes en grand nombre. Les autres vaisseaux artériels ou veineux moins importants présentent tous des altérations considérables qui aboutissent soit au rétrécissement, soit à la dilatation. Les parois vasculaires sont généralement épaissies, scléreuses, infiltrées de noyaux ; lorsque l'oblitération tend à se faire, elle est due à la prolifération des cellules de la couche interne sans accumulation de globules blancs. Autour d'un grand nombre de vaisseaux, on constate des amas cellulaires. Ces amas se développent surtout dans le tissu adipeux à la limite du derme et au niveau des glandes sudoripares ; ils sont formés surtout de petites cellules identiques à des lymphocytes. Les glandes sudoripares paraissent peu altérées.

Plan moyen et superficiel du derme. Dans le plan moyen du derme la lésion essentielle porte encore sur les vaisseaux, donc les parois présentent même épaississement que celle des vaisseaux profonds. Une veine importante qu'on peut suivre sur un long trajet offre des altérations excessives : ses parois sont infiltrées de noyaux, la prolifération cellulaire oblitère presque complètement la cavité. Il est exceptionnel de rencontrer des veinules dilatées. Des vaisseaux plus petits sont complètement oblitérés par des thrombus hyalins. A un niveau plus élevé, on voit des vaisseaux oblitérés ou presque complètement qui se continuent avec les dilatations vasculaires sous-épidermiques.

Celles-ci se développent principalement au niveau du tissu sous-papillaire ou dans les papilles ; ce sont de larges cavités tapissées d'un endothélium régulier presque toujours gorgées de

sang. Par places elles forment de véritables lacs communiquant les uns avec les autres, formant un véritable réseau caverneux.

Autour des vaisseaux, on trouve, en beaucoup moins grande abondance que dans les régions profondes, des cellules accumulées qui presque toutes ont le caractère des cellules fixes. Certains flots constitués par des cellules entourant des veines qui sont également remplies d'éléments cellulaires, sont en état de nécrose : les noyaux sont encore colorables, non fragmentés, mais les protoplasma sont grenus et les cellules se confondent les unes avec les autres.

Le tissu conjonctif du derme dans son ensemble est condensé, presque vitreux, les cellules fixes sont universellement multipliées, surtout, comme nous l'avons dit, autour des vaisseaux. Pas de matzellen.

En somme, les lésions se rapprochent singulièrement de celles de l'angiokératome de Mibelli : atrophie légère du corps muqueux, hyperkératose manifeste dans les coupes. Les lésions superficielles du derme sont dans notre cas, à part la nécrose partielle, exactement ce qu'elles sont dans l'angiokératome. Nous n'avons pas trouvé trace de dilatation lymphatique, comme il est de règle.

Il existe cependant une différence importante entre notre observation et les faits qui ont été étudiés microscopiquement jusqu'ici. Nous avons noté des lésions vasculaires profondes et surtout des veines, lésions auxquelles paraît se rattacher la dilatation des vaisseaux à la surface ; ces lésions pourront paraître à quelques-uns contradictoires quant au diagnostic d'angiokératome.

Notre fait établit, au point de vue histologique, l'existence de types de transition entre l'angiokératome tel que l'a décrit Mibelli et les tuberculides à lésions vasculaires plus profondes.

OBS. XII. — LEREDDE et HAURY. — Tuberculides angioma-teuses et hypertrophiques multiples coïncidant avec des lésions tuberculeuses des poumons et des ganglions. *Ann. de Derm.*, 1899, p. 384 (en partie résumée).

Lucien Th., 15 ans, peintre verrier, est examiné en mars 1899 ; il a eu une sœur morte, à six mois, d'affection inconnue et un frère de 22 ans mort, il y a 10 ans, de tuberculose pulmonaire. Pas d'antécédents personnels, mais amaigrissement, anorexie, toux, expectoration. Petits signes d'auscultation des sommets des poumons ; polymicroadénopathie et adénite inguinale droite qui a suppuré un mois avant l'éruption. Pas de syphilis.

La maladie cutanée a débuté brutalement en février 1899, avec prurit, élancement douloureux, tuméfaction des mains et des pieds. Il existe des lésions à type d'angiokératome et des lésions à type nodulaire.

La symétrie est presque absolue. Main droite : région dorsale seule atteinte. Sur la face dorsale des articulations des 1^{re} et 2^e phalanges des quatre derniers doigts on voit des masses nodulaires saillantes et aplaties, irrégulièrement arrondies ou ovalaires, à grand diamètre transversal (de 1 à 1/2 centimètre environ) à contours assez nets à teinte violacée. La surface squameuse ou plutôt cornée laisse voir de petites dilatations vasculaires et de petits foyers ecchymotiques noirâtres. Ces nodosités sont résistantes au doigt et donnent la sensation très nette d'une infiltration prononcée. A la pression, la couleur violacée diminue, mais ne disparaît pas.

A la surface des articulations métacarpo-phalangiennes, il existe non plus des nodosités arrondies et cornées, mais des plaques plus volumineuses saillantes aussi, allongées en forme de bandes, à grand axe antéro-postérieur de part et d'autre de l'articulation ; leur surface est légèrement squameuse, leur couleur est rouge foncé ; elles disparaissent en partie à la pression et présentent de place en place de petits foyers hémorragiques comme ceux des doigts ; les dimensions de ces éléments varient entre trois et cinq centimètres de long sur 1/2 et un centimètre.

de large ; ils sont également résistants avec sensation d'infiltration dermique.

Des éléments analogues existent le long du bord interne de la face dorsale de la main et sur la moitié postérieure du bord externe de l'index.

On voit, en outre, sur le dos de la main proprement dite des macules rouges bleuâtres cicatricielles de dimension variable (grosse lentille en moyenne), vestiges de lésions analogues aux précédentes, aujourd'hui spontanément disparues.

Avant-bras, mêmes éléments éruptifs sur face postérieure du poignet ; macules cicatricielles, le long du cubital postérieur avec quelques éléments papulo croûteux rappelant des papules de prurigo exoriées ; enfin quelques foyers où l'on trouve des dilatations vasculaires groupées.

Pli du coude, au niveau de l'olécrane : placard nodulaire à surface squameuse, d'aspect psoriasiforme, irrégulièrement arrondi, du diamètre d'une pièce de 2 francs environ ; autour quelques macules cicatricielles rougeâtres.

Bras, sur la surface d'extension : quelques éléments papulo-croûteux.

Membre inférieur droit, pied : la face plantaire du pied droit est criblée de petites dilatations vasculaires groupées en foyers de dimensions un peu inégales et de couleur variant du rouge sombre au rouge violacé. Ces foyers occupent principalement la saillie du talon ainsi que les régions plantaires externes et internes, en débordant de ces divers points d'abord sur la face postérieure de la jambe, d'autres sur le dos du pied. La région plantaire moyenne en est presque absolument indemne. Les orteils (pulpe et faces latérales) montrent ces angio-kératomes, mais plus petits ; aussi la face dorsale du pied, mais moins abondants. Sur celle-ci, existent à la naissance du gros orteil, deux placards nodulaires.

Jambe : tout le long de la face antéro externe se trouvent de petits éléments papuleux semblables à du prurigo, à sommet excorié ou croûteux. Sur les faces internes et postérieures à des éléments de même ordre se mêlent de petites cicatrices lenticulaires, violacées, légèrement déprimées. En haut du mollet (face externe) on trouve un bouquet éruptif formé de trois ou

quatre nodules, chacun de la grosseur d'une lentille et recouverts de croûtelles dures et jaunâtres. Le dos du cou-de-pied est criblé de petits angiokératomes plans. Au niveau des malléoles, de l'interne surtout et le long du tendon d'Achille, se voient de très nombreux points télangiectasiques, groupés, à base infiltrée, à surface comme verruqueuse.

Genou : au niveau de la rotule, placard nodulaire papulo-squameux, psoriasiforme avec taches ecchymotiques, ayant 2 cm. 1/2 sur 1 cm. 1/2.

Cuisses : les faces antérieure et interne présentent, disséminées et en petit nombre, quelques papules excoriées et croûtelles ainsi que, de ci de là, quelques taches télangiectasiques de petite dimension. Éléments analogues groupés et plus nombreux à la face postérieure.

Rien sur poitrine, cou, abdomen, dos et lombes. Sur chaque fesse, placard de 7 centimètres érythémateux, parsemé de cicatricules croûtelles, d'excoriations, télangiectasies.

Organes génitaux : angiokératomes sur le scrotum et au niveau du frein.

Rares éléments papulo-croûtelles à la partie supérieure de la nuque, de petites papules acnéiformes au front et sur les joues, derrière le pavillon de l'oreille surface rugueuse, squameuse, légèrement infiltrée, parsemée de fines télangiectasies.

Muqueuses intactes.

Pas de douleurs. Prurit assez marqué aux avant-bras et aux jambes.

Au début d'avril, toutes les lésions sont en voie de régression. L'état général, sauf la toux, est amélioré, les signes d'auscultation sont augmentés, on ne trouve pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Histologie. — 1^o Une biopsie confirme le diagnostic clinique d'angiokératome ; 2^o biopsie d'une masse nodulaire du poignet : à un faible grossissement, on constate une hypertrophie manifeste de l'épiderme ; la couche cornée est épaissie, hyperkératosique, mais l'hypertrophie porte surtout sur le corps muqueux ; les prolongements interpapillaires et les papilles ne présentent rien d'anormal.

Le derme est extrêmement épaissi. Quoique la biopsie eût été très profonde (plus de 1/2 centimètre), elle n'a pas atteint le plan des glandes sudoripares. On remarque la présence d'un grand nombre de fentes allongées ou de cavités ; celles de la profondeur sont perpendiculaires à la surface de la peau ; celles de la superficie, parallèles à cette surface ; celles des papilles, allongées dans le sens des papilles. Ces fentes sont des fentes vasculaires régulièrement bordées d'un endothélium. En outre, on note une infiltration cellulaire serrée dans une des parties latérales des coupes, au niveau de laquelle les fentes vasculaires sont extrêmement nombreuses, alors que dans le reste des coupes l'infiltration est très peu marquée et les fentes vasculaires, dilatées beaucoup moins nombreuses. Les follicules pileux sont nombreux et ne présentent rien d'anormal.

A un fort grossissement on constate que la couche cornée hypertrophiée ne contient pas de noyaux. En certains points, elle pénètre profondément dans le corps muqueux. Les lamelles de la couche cornée sont peu denses. Il y a cependant à la partie profonde quelques points où elles se condensent pour former une couche transparente. La couche granuleuse est épaissie ; les granulations de kératohyaline sont nombreuses mais allongées, aplaties et, par suite, d'aspect anormal. Il n'y a dans l'épiderme aucune cellule migratrice.

Derme. — Nous étudierons d'abord la région latérale où l'infiltration cellulaire est serrée et les fentes vasculaires extrêmement nombreuses. Toutes ces fentes sont bordées par des noyaux parfois en prolifération évidente et appartenant à des cellules tuméfiées, à protoplasme apparent.

Autour de ces vaisseaux on constate la présence de nombreuses cellules fixes proliférées ; la cavité ne paraît pas contenir de leucocytes en nombre anormal : on y voit des globules rouges en petit nombre. Certaines fentes vasculaires sont entourées uniquement de cellules fixes, mais autour d'un grand nombre d'autres on constate la présence de leucocytes polynucléaires en abondance. Ces leucocytes sont du reste séparés les uns des autres et nulle part n'entrent en confluence, comme dans les suppurations banales. Mais en certains points on constate qu'ils sont évidemment altérés, que leur noyau est ratatiné, hypercolorable

et souvent fragmenté en petites masses indépendantes les unes des autres : c'est une véritable nécrose cellulaire. Ailleurs, cet état de nécrose porte également sur les cellules conjonctives interposées aux polynucléaires ainsi que sur les cellules fixes voisines, à tel point que la nécrose est ainsi apparente à un faible grossissement. Entre les fentes vasculaires dilatées il existe une prolifération évidente des cellules fixes. On peut signaler de place en place la présence de quelques cellules éosinophiles disséminées et de quelques globules rouges épars.

Dans la partie moyenne des coupes et dans leur partie gauche on constate des lésions qui sont de même ordre, mais qui se trouvent ici à l'état élémentaire.

C'est toujours la même dilatation des vaisseaux avec épaissement de la paroi, la prolifération des cellules endothéliales, la prolifération des cellules fixes tout autour, la prolifération des cellules fixes entre les faisceaux conjonctifs, mais on ne trouve ici aucune lésion de diapédèse sauf la présence de quelques éléments éosinophiles. Il n'y a pas de cellules polynucléaires autour des vaisseaux.

OBS. XIII. — BALZER et ALQUIER. — Tuberculide multiforme très étendue. *Ann. de Derm.*, 1900, p. 1171 et 1901, p. 47 (en partie résumée).

M., âgé de 26 ans, garçon coiffeur, a toujours eu un très bon état général ; depuis deux ans, amaigrissement, sueurs diurnes et nocturnes, coefficient de déminéralisation un peu supérieur à la normale ; anorexie et diarrhée légère ; aucun signe à l'examen des organes ; pas d'antécédents familiaux.

La maladie de peau pour laquelle il est venu demander nos soins, a débuté en juillet 1898, alors que le malade était encore au régiment ; tout d'abord apparut aux bras et aux jambes une multitude de petits boutons rouges légèrement saillants, du volume d'une tête d'épingle ; l'éruption était particulièrement bien fleurie aux coudes et aux genoux. Les boutons étaient, par moments, prurigineux ; le malade se grattait alors, d'où l'appari-

tion d'excoriations et de croûtes. Peu à peu et par poussées les éléments éruptifs augmentent en nombre et en dimensions ; au bout de huit à dix mois, l'éruption était devenue comparable à ce qu'elle est maintenant. Presqu'en même temps apparaissaient de chaque côté du cou deux traînées de molluscum pendulum, petites saillies miliaires qui mirent huit à dix mois à se développer, causant une sensation pénible de cuisson, exagérée par le frottement continu du col de la chemise. Le malade ne peut nous renseigner sur l'aspect que présentait ces petites néoformations lors de leur apparition ; il sait, par contre, que les petites saillies miliaires que l'on remarque actuellement au niveau des aisselles et de la partie voisine du thorax ont débuté par de petites papules lenticulaires qui, d'abord fortement colorées, ont pâli peu à peu à mesure qu'elles devenaient plus saillantes. Depuis sa sortie du régiment notre malade a suivi plusieurs traitements.

Actuellement, les éléments éruptifs prédominent surtout aux deux membres inférieurs ; ils sont très abondants à un genou qu'ils recouvrent presque complètement et à la face antérieure des cuisses ainsi que sur le tiers supérieur de la jambe ; sur la face postérieure on en trouve quelques-uns disséminés ; d'autres enfin occupent les chevilles et la face dorsale des deux pieds, la face plantaire restant complètement indemne.

L'élément essentiel est constitué par une papule lichénoïde d'aspect, de forme irrégulière arrondie ou ovale limitée par des bords nettement arrêtés. Les différentes papules offrent des dimensions variables ; les plus petites sont du volume d'un grain de mil, les plus grosses, larges comme un gros pois. Leur coloration est d'un rouge violacé presque ecchymotique, leur saillie, variable, assez peu marquée en général. La surface est lisse à la vue et au toucher ; enfin la palpation montre une légère infiltration dermique dont l'intensité est proportionnelle à la saillie et aux dimensions de la papule. Quelques éléments présentent à leur surface de petites squamules sèches et brillantes.

A côté de ces papules existent des macules de forme et de dimension tout à fait irrégulières, comparables à celles des papules dont elles semblent être la première phase ; leur colora-

tion est la même que celle des papules, mais leurs bords sont moins nets et se dégradent presque insensiblement.

De place en place, surtout sur la face interne du genou gauche, existent quelques éléments remarquables par leurs dimensions un peu plus considérables et surtout par leur saillie presque hémisphérique et leur dureté presque fibreuse. Ces éléments présentent souvent en leur centre une petite croûte noirâtre adhérente.

Enfin, surtout aux genoux, on remarque un certain nombre de cicatrices déprimées, les plus récentes sont rouges brillantes, les anciennes d'un blanc mat ; la peau conserve sa souplesse et semble amincie au niveau de ces cicatrices, stade terminal des lésions, apparues depuis un an environ.

Tous ces divers éléments sont surtout nombreux au genou ; là ils tendent à former par confluence des placards larges de plusieurs centimètres et de formes très irrégulières ; entre eux la peau semble saine.

Aux bras, l'éruption se montre avec les mêmes caractères ; les éléments y sont seulement en général moins nombreux, moins volumineux et de coloration moins foncée. Ils abondent particulièrement aux coudes où on remarque des placards identiques à ceux des genoux ; aux bras et avant-bras les éléments sont plus disséminés et bien moins nombreux. Aux poignets on remarque un certain nombre de papules et de macules représentant le dernier progrès de la maladie ; ces éléments ont fait leur apparition il y a une dizaine de mois ; depuis ils vont en augmentant, et depuis mars 1900, tendent à envahir le dos de la main où on en trouve actuellement quelques-uns assez discrets ; jusqu'ici la paume des mains a été entièrement respectée.

Au tronc, on ne trouve que quelques papules au-devant de la poitrine ; par contre, aux fesses l'éruption est remarquablement intense et étendue ; on y trouve des placards cohérents identiques à ceux des genoux. Nombreux éléments à la face postérieure des cuisses.

A la face, on remarque de nombreuses macules qui représentent, au dire du malade, d'anciennes papules en voie de guérison depuis quelques mois ; ces macules sont particulièrement pigmentées. A la partie antérosupérieure du cou existent quelques cicatrices

véritables. De chaque côté de la base du cou on ne voit plus que la place marquée d'une cicatrice des molluscum incisés.

Enfin le scrotum est couvert de petites papules lenticulaires formant une saillie hémisphérique ; elles sont pâles, à peine rosées et offrent au palper une densité fibreuse. Sur la face muqueuse du prépuce existent aussi quelques petites saillies grosses comme une tête d'épingle et d'aspect verruqueux.

Nous avons soumis à l'examen histologique les petits molluscums pendulums enlevés au cou et la moitié d'une grosse papule enlevée au bras gauche où on peut encore voir l'autre moitié. Sur les coupes faites après inclusion au collodion, nous n'avons pu découvrir aucun microbe particulier ; c'est en vain que nous y avons recherché le bacille de Hansen et celui de la tuberculose. Histologiquement, il semble que les molluscums pendulums du cou et la papule du bras sont de même nature. Partout nous avons trouvé au-dessous d'un mince revêtement de peau dont la structure nous a paru absolument normale, un tissu de granulation, c'est-à-dire un stroma formé de tissu conjonctif fasciculé et, de place en place, de petits amas de cellules embryonnaires disposées au voisinage immédiat des vaisseaux sanguins qu'ils entourent irrégulièrement. De plus dans la papule que nous avons examinée, de nombreux vaisseaux sanguins sont rompus ; le sang s'est infiltré dans les mailles du tissu conjonctif de façon tout à fait irrégulière. Cette infiltration sanguine rend compte de la teinte ecchymotique des éléments éruptifs. Nous n'avons pas vue de cellules géantes.

Nous nous trouvons en présence d'un cas difficile à interpréter. La syphilis est mise hors de cause. Le résultat négatif de l'examen bactériologique et l'examen clinique approfondi ne sont pas en faveur de la lèpre. Il faut donc penser aux dermatoses de nature tuberculeuse, à une variété de tuberculides.

L'éruption de tuberculides est exceptionnelle par son étendue et son intensité. Elle présente plusieurs particularités peu remarquées jusqu'ici : 1^o l'état téléangiectasique congestif très accentué surtout aux genoux et aux fesses ; 2^o la formation d'éléments d'apparence moluscoïdes, fibromateux, larges, fermes, et quelquefois un peu saillants, visibles à la partie périphérique des genoux. Cette déviation du processus ordinaire des tuber-

culides donne, à certains points des lésions, une apparence toute particulière.

Parmi les tuberculides, un certain nombre aux genoux, aux bras, au scrotum se présentent avec les caractères bien nets assignés au type nécrotique et acnéiforme, papules arrondies rouges assez dures, surmontées d'une petite croûte nécrotique adhérente à leur centre. Ces éléments sont suffisamment caractéristiques de la nature de l'éruption multiforme que présente notre malade et nous permettent de fixer l'appellation qui lui convient.

En somme, malgré les anomalies remarquables qu'il présente, ce cas semble devoir rentrer dans le cadre des tuberculides. Cette fois encore nous ne pouvons indiquer le foyer central de tuberculose qui aurait été le point de départ de l'éruption cutanée. L'examen clinique peut nous le faire soupçonner vraisemblablement dans les organes intra-thoraciques, mais sans qu'une affirmation rigoureuse soit possible.

OBS. XIV. — GAUCHER et WEIL. — Tuberculose cutanée papuleuse en plaques. *Ann. Der.*, 1904, p. 356 (en partie résumée).

Pauline S., âgée de 23 ans, domestique, entre à Saint-Louis en septembre 1903, sans antécédents. Il y a 5 ans, érythème papuleux guéri en 15 jours, par applications de salicylate de méthyle. Il y a 3 ans, nouvelle éruption qui paraît avoir été de nature impétigineuse à la face et au cou.

Le début de l'affection actuelle remonterait à 8 mois. Vers la fin de janvier auraient paru sur le front de petites papules rosées, grandissant peu à peu, desquamant au bout de quelques jours et laissant après elles des cicatrices d'un rouge vineux, déprimées et irrégulières. Peu à peu l'éruption se dissémina en conservant le même caractère et sans rétrocéder sur les points primitivement atteints.

Actuellement, on observe sur le front, dans les sillons nasogéniens, sur le tronc, des taches cicatricielles, rouges ressemblant par leur couleur à des éléments de purpura et groupées en petits

placards disséminés en ces diverses régions ; sur les jambes plusieurs placards à éléments plus larges.

Aucun stigmat, aucun commémoratif de syphilis, un traitement est cependant institué, interrompu par de la stomatite, rétabli, sans qu'il y eut de l'amélioration.

Le 31 octobre, l'aspect des lésions s'est peu à peu modifié, les cicatrices paraissent moins nettes ; des papules saillantes et squameuses s'y substituent.

Le 9 novembre, les lésions tendent à s'accroître, les éléments papuleux se multiplient autour des placards déjà constitués. État général toujours satisfaisant.

Le 10 décembre, on constate une tendance très nette vers l'aggravation. Les placards anciens s'étendent. De nouveaux éléments apparaissent au cuir chevelu et en divers points du tronc et des membres. Ce sont des papules un peu analogues à des papules de psoriasis, légèrement saillantes, à fond rouge, à squames fines et adhérentes. Sur la jambe droite et au creux poplité, on observe au centre de placards, irréguliers, de petites ulcérations cratériformes, à bords non décollés, donnant issue à un liquide séro-sanguinolent peu abondant, en somme, sans caractéristiques bien nettes. Le malade n'accuse aucune démangeaison, elle se plaint seulement de douleurs assez vives au siège des ulcérations.

En février 1904, les lésions n'ont fait que progresser, pendant le séjour de cette malade à l'hôpital. Des éléments nouveaux analogues aux précédents sont apparus et se sont développés sur le tronc et les membres. Les anciens placards ont eux-mêmes augmentés. Il ne s'est jamais manifesté de tendance nette vers la guérison.

A la fin de février, apparaissent successivement, et en petit nombre, des bulles disséminées sur les plaques du dos, des bras, des pieds et de la main.

Au premier mars, on observe une petite bulle intacte, à la partie inférieure de la jambe gauche. Deux des petites ulcérations des jambes se sont peu à peu cicatrisées et les cicatrices rouges se marquent par des dépressions, sur les placards croûteux qui leur ont donné naissance.

On songe à une forme particulière de pemphigus, mais la malade ne présente pas de démangeaisons.

Sur le front, sur le dos et les membres, la plupart des plaques ont gardé leur caractère papuleux, rouge, squameux et croûteux, psoriasiforme.

La syphilis paraît devoir être définitivement écarté. Le psoriasis ne s'accorde pas avec la gravité de cette éruption, la production d'ulcérations et de bulles.

Nous pensons devoir poser le diagnostic de :

TUBERCULOSE CUTANÉE PAPULEUSE EN PLAQUES.

OBS. XV. — BALZER et MILIAN. — Tuberculose cutanée pustulo-ulcéreuse. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1910, p. 79 (en partie résumée).

C... Antoine, âgé de 9 ans, entre à l'hôpital pour une affection cutanée datant de trois ans environ. Il s'agit surtout d'ulcérations, les unes en évolution, d'autres cicatrisées depuis plus ou moins longtemps, siégeant sur les quatre membres, les fesses et la région lombaire. Les membres inférieurs sont atteints dans leur presque totalité ; les membres supérieurs sont moins touchés, surtout dans leur partie humérale et scapulaire ; la face est complètement indemne ; dans le dos on ne voit qu'une ou deux cicatrices anciennes et actuellement deux ou trois pustules sur l'abdomen qui a été respecté jusqu'alors.

L'élément initial est en effet une pustule, la lésion passant successivement par les phases pustuleuse, ulcéreuse et cicatricielle.

A l'examen, les pustules sont très nettes actuellement, septembre 1903, au nombre d'une dizaine, mais il s'en faut de beaucoup qu'elles soient toujours aussi abondantes. Ces pustules sont surélevées, arrondies ou ovalaires, de un demi à un centimètre de diamètre. Le soulèvement épidermique est entouré d'une aréole inflammatoire, rouge, se continuant insensiblement avec la peau saine, aréole inflammatoire d'intensité variable, mais la plupart du temps assez modérée, n'ayant que quelques millimètres de largeur, étant même parfois à peu près nulle. Nous l'avons vu pourtant plus développée dans un élément qui avait l'aspect fu-

ronculeux, avec au centre le décollement épidermique produit par le liquide louche de la pustule. Ces pustules se développent rapidement, nous en avons vu de très nettes dans les régions où il n'y en avait pas trace 24 heures avant. Elles évoluent en quatre à cinq jours, se crevant et donnant lieu à des ulcérations. La plupart de celles que nous venons d'observer ont d'ailleurs tourné court, avortant et se cicatrisant aussitôt après leur rupture.

Les ulcérations sont beaucoup plus nombreuses que les éléments jeunes, car elles évoluent d'une façon lente torpide. Il y en a peu d'absolument typiques, car presque toutes sont déjà anciennes et présentent un début de cicatrisation. Ce sont des ulcérations très superficielles, à bords irréguliers non décollés, à fond régulier et lisse, mais légèrement bombé en verre de montre dans son ensemble. Pas d'induration, pas de zone inflammatoire périphérique. Les bords sont moins irréguliers à mesure que la cicatrisation progresse. Celle-ci se fait par la périphérie.

Les cicatrices sont tout à fait différentes selon qu'elles sont récentes ou anciennes. Les premières sont violacées avec des points fortement purpuriques, d'autant plus prononcés et d'autant plus étendus que la cicatrice est plus jeune. En certains points, petits îlots blanchâtres, dus à un léger décollement épidermique très localisé, renfermant une quantité infime de liquide séro-purulent, sans réaction inflammatoire concomitante. La peau au niveau de ces cicatrices ne semble ni épaissie ni amincie.

Les cicatrices anciennes sont tout à fait blanches, lisses ou très légèrement gonflées : quelques-unes légèrement déprimées, mais la plupart sans dépression ni relief ; elles sont presque uniquement caractérisées par la dépigmentation en tache de la peau. Ces cicatrices blanches sont moins étendues que les cicatrices violettes ; elles sont arrondies ; il semble qu'il faille un temps assez long pour obtenir cette cicatrisation complète.

Il n'y a pas de douleurs spontanées, mais l'enfant souffre quand on le panse ; et, à l'examen, la douleur existe non seulement au niveau des éléments ulcérés, mais encore aux cicatrices violacées récentes.

L'état général du petit malade est bon ; il n'a jamais présenté de fièvre ; il présente seulement de la polymicroadénopathie cervicale et inguinale.

Le pus des pustules n'a montré aucun bacille, seulement des polynucléaires. Un cobaye inoculé présente trois mois après dans le foie de gros tubercules scléreux.

HISTOLOGIE — Biopsie d'une ulcération multifistuleuse du dos du pied.

Le fond de l'ulcération, comme d'ailleurs toutes les parties du derme qui l'avoisinent, montre un remaniement complet du derme normal. Celui-ci est transformé en un véritable tissu lymphoïde, car on y trouve un réticulum à larges mailles, formé de fines fibrilles conjonctives, colorées en rouge par le van Gieson et où se trouvent répanus de nombreux lymphocytes. Ce réticulum très lâche, œdémateux, renferme aussi de nombreux globules et tout le tissu est baigné de sérosité. De nombreuses vasodilatations existent partout et même de petites hémorragies. Œdème, congestion, hémorragies résument les lésions du derme.

Il existe fréquemment de vastes lagunes sous l'épiderme qui décollent la couche génératrice et qui nous montre la genèse des pustules pemphigoides par soulèvement en masse de l'épiderme. A une certaine distance de l'ulcération le derme présente une sclérose marquée, mais toujours avec œdème et vaisseaux congestionnés.

En certains points d'une autre préparation, on trouve quelques cellules géantes.

L'épiderme présente des altérations importantes qu'on a coutume de voir figurer dans la tuberculose. Il forme à sa surface libre des bourgeonnements qui apparaissent sur les coupes comme des presqu'îles entourées de toute part d'épithélium et dont le centre est formé de tissu sclérosé, gorgé de vaisseaux dilatés et infiltré de lymphocytes en plus ou moins grand nombre, suivant les points. Ces bourgeons paraissent uniquement composés quelquefois d'épithélium dont les cellules altérés à contours mal délimités, semblent une sorte de plasmode où baignent de multiples noyaux. Il y a généralement parakératose au niveau de ces bourgeons.

Ailleurs l'épithélium formé de boyaux plus ou moins allongés, anastomosés avec leurs voisins, qui pénètrent profondément dans le derme, simulant des boyaux épithéliaux. On y trouve même de

temps en temps des globes épidermiques. A ce niveau l'épithélium est généralement hyperkératosique avec un stratum granulosum épais et très marqué.

Il se trouve enfin en certains points des bandes d'épithélium emprisonnées dans le derme et qui semblent comme retournées car leur couche génératrice tourne sa base vers la surface libre de la peau. Certains de ces boyaux paraissent venus d'une invagination épithéliale au niveau d'un follicule.

Cette observation est un bel exemple de la tuberculose pustulo-ulcéreuse de la peau, telle que l'a décrite pour la première fois Gaucher. Elle paraît peu connue.

OBS. XVI. — WERTHER. — Derm. nod. necr. (*Iconographia*, 1910, p. 209 (d'après Duemling).

Werther rapporte un cas qui a été suivi onze ans ; le malade, un homme, présentait une éruption chronique et récidivante, symétriquement placée, siégeant surtout au dos des mains et des pieds, aux genoux et aux coudes, à la verge et aux oreilles. Les lésions consistaient en des papules bleues foncées de la grosseur d'une petite cerise, en des plaques rouges sombres, en des vésicules pleines de sang ou de sang et de pus et en des ulcérations de 25 millimètres de diamètre. Il restait des traces des lésions précédentes sous la forme de cicatrices atrophiques et hypertrophiques, quelques-unes entourées d'un bord pigmenté et squameuses. Des bacilles de Koch furent trouvés dans les crachats de ce malade et la tuberculinoréaction était positive. On entendait des râles humides au sommet du poumon droit.

L'examen histologique montrait une inflammation marquée des vaisseaux qui traversent l'hypoderme ; au voisinage des glandes, il y avait de l'artérite et de la périartérite pouvant aller jusqu'à l'oblitération totale ; on notait aussi de la phlébite et de la périphlébite. D'autre part, les canaux des glandes sudoripares montraient une dégénérescence parenchymateuse ; ils étaient séparés par de l'œdème ; par places, il y avait infiltration massive de leucocytes et le début d'un abcès en formation. Dans la

peau il y avait un exsudat et des hémorragies, et la couche de tissu conjonctif était dilacérée ; le bord inférieur du « rete » était détruit par l'exsudat et à un endroit on voyait des pustules intra-épithéliales et des abcès sous-épithéliaux pleins de leucocytes et d'amas de sang rouge. On ne trouve nulle part le tissu ni la structure de la granulation tuberculeuse. L'infiltrat inflammatoire consistait en leucocytes, lymphocytes et cellules plasmatiques ; on trouvait aussi des éosinophiles en grand nombre, souvent groupés par paquets.

De cette observation, Werther conclua que le processus consistait d'abord en une artérite avec une inflammation aiguë de la peau, accompagnée d'hémorragies, d'abcès en formation, de nécrose à l'intérieur des glandes sudoripares. Dans son esprit, le tableau était celui d'éruptions pemphigoïdes et pseudo-furunculoses, mais pour le reste la clinique concluait en faveur de tuberculides papulo-nécrotiques ; la pathogénie est celle d'un infarctus hémorragique avec obstruction embolique des artères terminales.

Sous l'influence de l'arsenic en piqûres ou en pilules et du traitement général de la tuberculose, le malade fut guéri tout à fait et le resta.

Werther conclua que cette maladie cutanée devrait être classée dans les tuberculides, étant données la tuberculose pulmonaire concomitante, la symétrie de l'éruption, sa prédilection pour les extrémités, son évolution chronique, sa réaction à l'arsenic et la constatation histologique d'endartérite que l'on trouve dans toutes les tuberculoses.

OBS. XVII. — GAUCHER et GOUGEROT. — Tuberculose cutanée multiple, tuberculides papulo-nécrotiques, angiomateuses et lichénoïdes (forme sèche du lichen scrofulosorum), verruqueuses, formes de transition. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1911, p. 98.

Cl... Mathurin, 34 ans, employé de chemin de fer, entre, le 16 février 1911, pour des lésions cutanées multiples disséminées.

Enfant et adulte, il n'a jamais été malade, affirme-t-il : pour-

tant, vers l'âge de 9 ans, il a eu une adénite cervicale qui n'a duré que 15 jours.

Le 6 septembre 1920, il a eu un « chaud et froid », il a toussé et craché, mais bien que souffrant, il ne s'est arrêté dans son travail que trois jours, depuis il se plaint d'être moins fort, de tousser continuellement, de cracher et de maigrir. Actuellement, l'auscultation révèle en arrière, au sommet droit, une inspiration rude, une expiration soufflante prolongée et des craquements, du retentissement de la toux et de la voix, de la submatité ; au sommet gauche, une respiration éteinte et rude ; en avant des deux côtés, mais plus à droite qu'à gauche, la respiration est affaiblie, rude, saccadée ; l'inspiration est saccadée (bruit de taffetas).

La tuberculose naissante ne fait donc pas de doute, mais le malade semble bien résister à son infection : il est pâle et n'a que peu maigri.

Le malade est porteur de lésions cutanées de plusieurs types qui toutes peuvent être rattachées à la bacillose : 1^o lésions papulo-nécrotiques ; 2^o angiomateuses ; 3^o verruqueuses et ulcéreuses des malléoles ; 4^o lichénoïdes.

1^o Les premières lésions cutanées apparues semblent avoir été les papulo-nécrotiques : elles survinrent avant les troubles broncho-pulmonaires, vers le 20 février 1910. C'est par hasard que le malade s'aperçut des premiers boutons indolents qui siégeaient au coude droit. Les autres éléments éruptifs ne survinrent qu'après un long répit de sept mois, peu après le « chaud et froid » de septembre et débutent à la face dorsale des mains. Ces boutons des mains, quelques jours après leur éclosion, devinrent prurigineux et furent pris pour des pustulettes galeuses. Ce furent les seuls qui s'accompagnèrent de démangeaisons. Dans les semaines suivantes surviennent par poussées insidieuses de nouveaux boutons aux pieds, aux avant-bras et aux cuisses. Certaines de ces poussées seraient, d'après le malade, très fugaces, puisque l'une d'elles n'aurait duré que cinq jours. La face, le tronc, la racine des membres sont restés indemnes.

Ces lésions papulo-nécrotiques sont caractéristiques : papules violacées à centre ombiliqué, papules violacées à croûtelles noirâtres de un à deux millimètres cachant une ulcération putéiforme, cicatricules petites violacées à auréoles pigmentées ; les

lésions des bras sont toutes cicatrisées ou en voie de cicatrisation, aux pieds persistent encore quelques lésions en activité au milieu de nombreuses cicatrices.

2^o Mêlées aux lésions précédentes on aperçoit de petites lésions angiomateuses sur les bords externes et internes des pieds et à la face plantaire : ces petits angiomes, d'un demi à un millimètre sont formés de dilatations capillaires, isolées ou groupées en petits paquets de quatre à dix ; quelquefois ces éléments angiomateux se recouvrent d'un épiderme épaissi qui leur donne l'aspect d'angiokérate de Mibelli.

Souvent ces angiomes se nécrosent, donnant toutes les formes de transition vers les papulo-nécrotiques. Exceptionnellement, les dilatations capillaires se rompent et forment soit une tache purpurique, soit un microhématome de deux à huit millimètres intra-épidermique, parfois épidermo-dermique.

3^o Sur le tronc et les bras sont disséminées de très nombreuses papules péripilaires sèches, acuminées, minuscules, rosées de un à cinq millimètres de diamètre, saillantes à la vue et dures au toucher. A la face externe du moignon de l'épaule, sur le dos et sur le thorax, ces papules, tout en conservant leur indépendance, se groupent en larges placards vaguement arrondis de plusieurs centimètres et mal délimités, entourés de papules clairsemées. A la longue chaque papule apparaît centrée d'un poil et leur sommet semble formé d'un épiderme corné, épaissi, ébauchant souvent une squamule.

Aux malléoles externes et internes, juste sur les saillies osseuses ou un peu en arrière d'elle on voit des placards ulcéro-verruqueux de tuberculose verruqueuse : le malade affirme que ces verrucomes ont débuté par des éléments identiques aux papulo-nécrotiques et, de fait, une des lésions forme une transition, montrant dans un de ses segments, l'aspect d'une ulcération papulonécrotique et sur l'un de ses bords, l'aspect verruqueux.

Ce cas est surtout intéressant pour les formes de transition qu'il nous offre entre plusieurs types éruptifs.

1^o Entre les papulo-nécrotiques ulcérés et les tuberculoses verruqueuses ;

2^o Entre les papulo-nécrotiques et les tuberculides angiomateux ;

3° Entre le purpura et les angiomes ;

4° entre le lichen scrofulosorum et l' « eczéma scrofulosorum ».

Les formes de transition entre les papulo-nécrotiques et les tuberculides angiomateuses sont importantes à souligner, car si la nature bacillaire des papulo-nécrotiques est démontrée par un puissant faisceau de preuves : coïncidences cliniques (Boeck), constatations histologiques et découverte de bacilles (MacLeod et Omsby), inoculation positive au cobaye (Philipson, Jadaschon et Finger, Gougerot), reproduction expérimentale (Gougerot et Laroche) ; au contraire, les preuves de la nature bacillaire des angiomes et des angiokératomes de Mibelli sont encore incomplètes. Ce sont surtout des statistiques cliniques (Bazin), quelques faits de transition anatomiques. La constatation de formes de transition entre des papulo-nécrotiques, tuberculose incontestable et les angiomes des tuberculeux, tuberculides probables mais non démontrées.

Les formes de transition entre la tache de purpura et le petit angiome chez ce tuberculeux en montre les rapports entre ces deux types d'éruption et renforcent leur démonstration réciproque. Le purpura (qui, dans certains cas, pour Cornil, est dû à une dilatation des capillaires), est une sorte d'angiome aigu qui, par rupture de ces capillaires, donne l'infiltration sanguine, mécanisme habituel du purpura ; l'angiome des tuberculeux est une dilatation chronique des capillaires.

Tous ces faits de transition entre les tuberculoses démontrées et tuberculides à démontrer servent à la démonstration de la nature bacillaire des lésions discutées. A propos de cette démonstration il faut remarquer que les éléments cutanés sont apparus plusieurs mois avant que les lésions pulmonaires devinssent manifestes. L'absence de lésions pulmonaires ne peut donc être invoquée contre l'hypothèse de la nature bacillaire des lésions cutanées.

Ce malade, s'il n'éclaire pas la pathogénie des tuberculides cutanées prouve au moins qu'une même race de bacilles peut provoquer sur un même sujet des lésions d'aspect clinique très différent, ces différences tenant sans doute à l'état de virulence de bacilles morts ou vivants et à leur mode de dissémination.

OBS. XVIII. KLINGMULLER. — Uber Derm. nod. necr. (*Arch. f. Derm.*, 1911, 110, p. 419) (d'après Duemling).

En 1911, Klingmüller rapporta le cas d'une jeune fille de vingt ans, présentant une éruption polymorphe, qui a évolué de dix à dix-huit ans. Par poussées successives, elle envahit les surfaces d'extension des extrémités, surtout les genoux, les coudes et les mains, mais prit aussi le reste du corps, sauf la tête et le visage. Les lésions revêtaient trois formes : d'abord apparaissaient des papules rouges foncées, entourées d'une zone inflammatoire ; à leur sommet, très vite, se développait une pustule, bientôt couverte d'une croûte sèche. Au lieu de cette évolution, il pouvait aussi se produire une extravasation sanguine qui persistait des jours et des semaines sous la forme d'un pointillé hémorragique et aboutissait à la fin à une pigmentation brunâtre. Les papules confluaient, formaient des plaques étendues ; le centre de chacune d'elles devenait hémorragique ; elles se développaient ou s'ulcéraient : ulcères à fond nécrotique, à bords irréguliers avec une zone d'infiltration plus ou moins dure autour d'eux. Ces infiltrats et ulcères guérissaient lentement laissant des cicatrices arrondies ou irrégulières ; avec hyperpigmentation brunâtre qui pouvait ensuite s'effacer.

De plus, apparaissaient aussi des sortes de plaques infiltrées en dehors de l'évolution papule pustule : petites ou grosses, elles évoluaient tout à fait comme les précédentes.

Enfin il y avait des macules rouges plus ou moins foncées qui disparaissaient rapidement ; elles formaient la base des autres formes de lésions.

L'éruption s'accompagnait d'une légère ascension thermique de température ; la malade se plaignait de fatigue et d'un malaise général. Les ulcérations étaient douloureuses.

L'histologie montrait une infiltration périvasculaire, surtout de la couche sous-papillaire, de polynucléaires polymorphes ; infiltration et abcès miliaires de l'épiderme ; hémorragies dans le derme et les papilles.

Des cultures de la lésion et du sang ne poussèrent pas ; on ne trouva pas de bacilles de Koch.

Frohwein qui examina la coupe histologique d'un fragment la considéra comme celle d'un angiokératome ; mais Klingmüller soutint qu'il se trompait parce qu'il ne considérait pas les abcès comme étant de nature inflammatoire et qu'il n'attachait pas une importance suffisante aux caractères inflammatoires. Klingmüller fit remarquer, en outre, que cette maladie n'avait pas une origine tuberculeuse : dans son cas l'action favorable de l'arsenic ne fut pas notée ; il n'y avait aucune réaction locale ni générale à la tuberculine ; les altérations histologiques n'étaient pas spécifiques ; la guérison se fit spontanément dix ans après. Il faisait remarquer également que la symétrie de l'éruption et sa prédilection pour les extrémités est aussi le fait de l'érythème polymorphe, aussi bien que du lupus pernio et des tuberculides papulonécrotiques. Le caractère chronique de l'éruption de plus n'est pas absolu, car elle procède par poussées aiguës. Il s'accorde avec Werther pour appeler cette maladie « *Dermatitis nodularis necrotica* », mais la considère comme une dermatose purement inflammatoire d'origine hématogène.

Cliniquement, les cas de Werther et de Klingmüller sont semblables : « seule différence, on note dans le premier une étiologie tuberculeuse qu'on ne trouve pas dans le second.

OBS. XIX — LUTZ. — Haemorr. papulo-buloses and ulzeroses Exanthem, verursacht durch hamatogene Infektion, mit gram-negativen Bazillen. *Arch. F. Derm.*, 1915, CXXI, 613. (Résumée).

Il s'agit d'une malade, âgée de 44 ans, ayant présenté de l'adénite cervicale soignée par physiothérapie, d'aspect floride. Depuis deux ans, une maladie de la peau et des muqueuses. Le début s'est fait par un foyer brunâtre qui s'est ouvert sur la face dorsale de la dernière phalange de l'index gauche ; puis des lésions sont apparues sur tout le corps, nombreuses sur le tronc, le visage, le voisinage des articulations, discrètes ailleurs et sur les muqueuses.

La lésion commence par une plaque rouge ou par des papules rouges très plates : en un temps très court, quelques jours seulement, au centre de ces éléments se développe une hémorragie qui s'étend à la périphérie ; ces hémorragies donnent aux éléments une teinte rouge brun, puis rouge foncé. En même temps les papules grandissent et de la dimension d'une lentille atteignent un à trois centimètres. Les unes restent ainsi sans changement quelque temps et guérissent très lentement laissant une pigmentation brune. Les autres, bien plus nombreuses montrent, le processus qui aboutit à l'ulcération : après deux ou trois jours, les papules se transforment en bulles hémorragiques ; en de nombreux points l'épiderme se soulève, les vésicules grossissent et deviennent confluentes ; elles forment de grandes bulles qu'on trouve aux mains, aux pieds et au voisinage du coude. Les bulles, d'abord séreuses, deviennent purulentes et hémorragiques ; elles se crèvent et forment une ulcération à fond purulent et nécrotique, de trois ou quatre centimètres, à bords bien limités, entourée d'une zone érythémateuse. L'ulcère s'accroît : il atteint les dimensions d'une paume de main et plusieurs centimètres de profondeur : ils siègent de préférence dans la région lombaire et sur les fesses. La rapidité et la profondeur du processus d'ulcération n'est comparable qu'au « noma » ; ils dégagent une odeur putride et sont très difficiles à nettoyer et à combler : l'iodoforme est un très bon auxiliaire. Par les injections intraveineuses d'arsenic, les ulcères guérissent très vite. Ils laissent des cicatrices parfois chéloïdiennes. Des récidives se produisent, quelquefois sur les cicatrices mêmes : des ulcères se développent de nouveau sur le tronc et les membres inférieurs et même sur le coude, les mains, les muqueuses ; sur les muqueuses l'ulcération était très marquée et très douloureuse.

Les ulcères passaient presque toujours par le stade papulobulleux, très rarement la papule s'ulcérait directement. L'éruption est très intense et l'état général est peu touché. Il existe une légère montée de température, un état subfébrile et du gonflement des articulations. Les poussées thermiques et les atteintes articulaires coïncident avec les poussées éruptives.

Il s'agit d'une dermatose chronique récidivante. Il existait

toujours des éléments jeunes : après l'application du traitement, ils ont diminué en intensité et en nombre.

L'histologie confirme les données cliniques : nombreux leucocytes polynucléaires dans la couche superficielle du derme et de l'épiderme ; dans le derme il existe de la nécrose. L'épiderme est détruit par places : bulles, pustules, on constate tout le processus de l'ulcération : l'exsudat hémorragique est tout à fait caractéristique.

Nul médicament n'agit sauf le néosalvarsan. Les ulcères qui s'aggravaient, cessèrent de s'étendre, se nettoyèrent, se comblèrent et se fermèrent ; l'arrêt du traitement provoque une récédive.

Syphilis et tuberculose sont à écarter : (Bordet-Wassermann et tuberculinoréaction sont négatifs), de même que les autres dermatoses « nécrotiques ».

Il s'agit d'une maladie de la peau à éléments *bulleux, papuleux, hémorragiques et ulcéreux*. Des fluctuations articulaires accompagnent les éruptions cutanées, sans atteinte importante de l'état général ; elle ne réagit d'une façon favorable qu'au néosalvarsan. Il s'agit d'une maladie inconnue caractérisée à la fois par son aspect histologique et clinique : évolution, influence thérapeutique, manque d'inflammation des ganglions et très bon état général.

OBS. XX. — MILIAN et THIBAUT. — Tuberculides papulo-nécrotiques de la face (Acanthosis). *Ann. de Derm.*, 1921, p. 112.

Mlle J... Paule, âgée de 31 ans, est venue à la consultation de Saint-Louis, le 26 février 1931, afin d'être renseignée sur la nature d'une éruption du visage qui existe depuis le mois d'août 1920.

Celle-ci, en effet, fut diagnostiquée « syphilides miliaires folliculaires de la peau » et traitée en province par vingt injections de novar (13 gr. 20), 20 grammes de calomel et 20 grammes de cyanure de mercure. Le Wasserman positif devint négatif, mais les lésions de la face ne se modifièrent en aucune façon malgré cette thérapeutique très énergique suivie pendant cinq mois : celle-ci avait été indiquée par les antécédents du sujet où l'on trouve une

syphilis contractée, en 1910, et affirmée par l'apparition d'une roséole.

L'éruption d'aujourd'hui localisée au visage, déborde sur les faces latérales du cou ; elle siège particulièrement au front, aux paupières surtout l'inférieure et aux sillons naso-géniens, rappelant comme distribution celle des adénomes sébacés. Elle est caractérisée par une série de papules de la dimension moyenne d'une tête d'épingle à un grain de millet, plus rarement d'une lentille, transparentes, d'apparence presque kystique, mais dures, véritables petits grains de plomb sous-cutanés ou intra-dermiques. A un stade plus avancé, elles deviennent rosées, leur centre devient purpurique, à épiderme légèrement soulevé, presque vésiculeux ; plus exactement les vésicules sèchent, puis s'ulcèrent à leur centre pour laisser une cicatrice brun-jaunâtre déprimée au centre, de dimension correspondant à la papule initiale.

Sur les paupières inférieures, les papules confluent les unes avec les autres et forment une saillie linéaire, irrégulière, rugueuse et jaune chamois qui s'étend de l'angle externe à l'angle interne de l'œil.

Nombre d'éléments ne se présentent plus que sous forme de petites cicatrices brunâtres, punctiformes et particulièrement nombreuses sur le front, au-dessus du sourcil et dans l'espace intersourcilier. Le fond de la cicatrice est souvent occupé par une squame.

Sur la zone d'extension des membres supérieurs et inférieurs se trouve un réseau violacé qui s'exagère considérablement sous l'action du froid et qui constitue une livedo typique,

Elle présente à la jambe gauche une dizaine de cicatrices de la dimension de 2 à 5 francs, remontant à des abcès développés à l'âge de dix ans, ayant duré 2 mois.

La malade n'a jamais toussé, cependant l'exploration des poumons permet de noter quelques modifications au sommet gauche en arrière ; il existe, en effet, dans la fosse sus-épineuse de la matité une abolition complète des vibrations et quelques frottements. Il semble bien qu'il s'agisse d'une pleurite apicale gauche ancienne qui a passé inaperçue. Enfin les fonctions génitales sont profondément troublées, puisque les règles ont toujours été absentes.

L'examen histologique d'un élément papuleux, translucide de la région sous-mentale montre dans la profondeur du derme un follicule fibrocaséeux typique : centre caséeux, cellules géantes et zones périphériques fibreuses avec quelques rares cellules épithélioïdes. Quelques tubercules plus petits siègent à l'entour : outre le gros tubercule du centre de la préparation qu'on voit sur la coupe, trois ou quatre autres très petits tubercules.

Les tuberculides ne paraissent avoir aucun rapport avec les follicules pilo-sébacés. A leur niveau, lorsqu'il n'y a pas encore tendance à l'ulcération, comme dans l'exemple choisi, l'épiderme est normal.

La nécrose centrale des papules et leur aboutissant cicatriciel spécifie ces lésions comme tuberculides papulo-nécrotiques, constituant le tableau clinique décrit par Barthélemy sous le nom d'*acnitis*.

OBS. XXI. — MILIAN ET RIVALIER. — Purpura bulleux avec ulcérations ecthymatoïdes chez un sujet atteint d'adénopathies bacillaires. *Ann. de Derm.*, 1923, p. 17.

MILIAN. — Tuberculides bulleuses, purpuriques, ulcéreuses. *Paris Médical*, 1928, p. 75.

Ch... Maurice, âgé de seize ans, manœuvre, entre à l'hôpital, le 18 décembre 1922, pour des ulcérations multiples des mains et des pieds datant de 15 jours.

Aux deux mains, on observe des ulcérations nombreuses (une dizaine sur chaque) arrondies, ayant en moyenne la dimension d'une pièce de cinquante centimes et presque toutes recouvertes d'une croûte brunâtre et même noirâtre par places ayant l'aspect d'une croûte d'ecthyma. Le fond des ulcérations est rouge, un peu bourgeonnant et irrégulier ; chacune est entourée d'une zone inflammatoire, rouge violacée, peu ou pas douloureuse et sur laquelle on voit les débris d'un soulèvement épidermique. A la face dorsale de l'auriculaire droit (2^e phalange) se voit une lésion à un stade plus jeune, constituée par une bulle

de la largeur d'une pièce de 0,50 et entourée d'une zone inflammatoire légèrement douloureuse à la pression. Cette bulle, actuellement vide, s'est ouverte, il y a quatre ou cinq jours et a donné issue à un liquide purulent. Une autre bulle plus jeune et moins ouverte de la largeur d'une pièce de 0,20 occupe le bord cubital de la main gauche : elle est plate, renferme un liquide hémorragique et est entourée d'une zone inflammatoire.

Quelques lésions enfin sont presque entièrement cicatrisées, mais toutes présentent, sous forme d'un liseré épidermique plus ou moins complet, la trace de la bulle primitive.

Aux deux pieds se voient des lésions identiques, mais moins nombreuses : sur la pointe de chaque malléole externe et au-dessus de la malléole externe droite existent des ulcérations assez étendues et non recouvertes de croûtes ; l'ulcération de la malléole externe droite la plus grande est allongée transversalement, mesure 3 centimètres sur 1 et paraît résulter de la fusion de deux ou trois lésions élémentaires. D'autres lésions plus petites et recouvertes de croûtes sont disséminées sur les deux pieds.

En outre, sur les deux jambes, et en particulier à leur face externe, on voit une éruption de taches purpuriques, extrêmement nombreuses, de la grosseur d'une tête d'épingle, de teinte rouge brunâtre. A la jambe gauche, existe en outre une ligne purpurique respectant seulement le tiers interne de la jambe et provoquée par la striction du lien du caleçon. Le malade ne peut préciser la date d'apparition de ces phénomènes purpuriques.

Grosse adénopathie parotidienne et sous-maxillaire surtout droite qui remonte à l'âge de huit ans avec des alternatives de régression et d'augmentation ; un ganglion mastoïdien y a suppuré laissant une cicatrice.

Bon état général. Rien aux poumons. Aucun antécédent personnel ou familial. Wassermann négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien qui, par ailleurs aussi, est normal.

Formule sanguine :

	Le 19-12-22	Le 23	Le 27
Hématies	—	4.375.000	3.760.000
Leucocytes	8.000	8.600	7.400
Polynucléaires neutrophiles ..	37 %	56 %	66 %
Polynucléaires éosinophiles ...	4 %	6 %	2 %
Polynucléaires basophiles	0	0	0
Lymphocytes	30 %	16 %	10 %
Mononucléaires moyens	13,5 %	13 %	18 %
Mononucléaires grands.....	15,5 %	9 %	4 %
Hémoglobine		90 %	

BIOPSIE. — Une biopsie pratiquée sur le même élément (bord cubital de la main gauche) permet de constater les lésions suivantes.

Le toit de la bulle est formé par de l'épiderme corné et résulte sans doute du soulèvement en masse de celui-ci au niveau du stratum granulosum qui reste adhérent au corps muqueux sur les confins de cette bulle.

Le plancher de la bulle est formé par le derme ulcéré, la totalité de l'épiderme restant ayant disparu, ainsi qu'une notable partie du derme lui-même dont toute la région papillaire est détruite. A peine reste-t-il par places quelques îlots épithéliaux, reliquats des sommets des cônes interpapillaires.

Le contenu de la bulle est formé de leucocytes polynucléaires en prédominance, de lymphocytes et de quelques plamastzellen, qui tous, dans les couches profondes du moins, sont emprisonnés dans une faible quantité de fibrine en réseau. Pas de mastzellen ni d'éosinophiles. On y voit d'assez nombreux cocci, isolés ou en diplocoques, souvent inclus dans les polynucléaires et quelques bacilles analogues. Le derme sous-jacent à la bulle est légèrement sclérosé. Il présente une certaine réaction des cellules conjonctives augmentées de volume.

Dans le derme profond, il existe une certaine dilatation des capillaires dont les cellules endothéliales sont gonflées et plus apparentes. Dans leur lumière, on aperçoit quelques leucocytes polynucléaires. Autour de ces vaisseaux, il existe fréquemment un infiltrat cellulaire composé surtout de la réaction des cellules conjonctives du tissu fixe multipliées et augmentées de volume

ainsi que de rares lymphocytes et polynucléaires étirés. Aucune formation nodulaire qui rappelle la tuberculose. Pas de cellules géantes malgré l'examen d'une vingtaine de coupes.

Autour de la bulle, l'épithélium est légèrement hyperacanthosé et plus hyperkératosique, tandis qu'au voisinage immédiat de la bulle, il y a disparition du stratum granulosum. Les vaisseaux des papilles sont congestionnés.

Le purpura disparaît le 21 décembre. La bulle biopsiée s'étend jusqu'à dépasser la dimension d'une pièce de deux francs.

Une cutiréaction à la tuberculine brute faite au bras gauche, le 23 décembre, donne lieu, en moins de 18 heures, à une réaction locale, violente, rouge, œdémateuse et bulleuse au centre ; la bulle flétrie fait place à une croûte et, douze jours après, la cutiréaction a l'aspect d'une lésion d'ecthyma avec une croûte épaisse centrale entourée d'une aréole inflammatoire.

On fait deux vaccins de Jousset. Le 7 janvier 1923, les lésions sont presque complètement cicatrisées aux mains et en grande partie aux pieds. Le 30 janvier, l'ulcération de la malléole externe droite n'est pas encore cicatrisée. Le 26 février, le malade sort guéri de l'hôpital.

Le diagnostic, chez ce malade, était embarrassant : ulcérations croûteuses des mains et des pieds apparues simultanément et consécutives à des bulles, à évolution chronique ou au moins subaiguë prolongée.

La profondeur de l'ulcération, leur croûte noirâtre élimine le pemphigus. L'ecthyma vulgaire paraît également peu vraisemblable, vu la symétrie et l'absence de localisation au tronc, aux cuisses, aux jambes et aux bras.

La coexistence du purpura permet de penser qu'il s'agit ici d'une infection d'origine interne.

Il nous paraît plus vraisemblable, car nous connaissons les tuberculides bulleuses de penser ici à des ulcérations bacillaires : soit des tuberculides chez ce patient aux grosses adénopathies cervicales, à réaction tuberculinique générale importante et chez lequel la cutiréaction a provoqué une réaction violente, ulcéreuse et escharrotique comparable aux ulcérations spontanées du patient.

OBS. XXII. — HAXTHAUSEN. — D. N. N. (Werther) Verh., der danish. dermat. Gesell., 1923-24, p. 28. *Derm. Zeitsch.*, 47, 1926, p. 78 (résumée).

Il s'agit d'un homme de 35 ans, atteint d'une maladie peu fréquente : la dermatitis nodularis necrotica de Werther. L'éruption est symétrique : elle siège au voisinage des articulations (face d'extension), autour des genoux, des coudes et des poignets. Quelques-uns de ces éléments ont la dimension d'une tête d'épingle ; ils sont hémorragiques et légèrement infiltrés ; d'autres sont pustuleux et ressemblent tout à fait à des tuberculides acnéiformes.

OBS. XXIII. — NICOLAS, MASSIA et MICHEL. — Tuberculides polymorphes. *Bull. Soc. fr. Derm.*, 1930, t. I, p. 304.

M^{lle} B... Marie, 25 ans, est vue à la clinique du professeur Nicolas, le 14 janvier 1930. Sans antécédents pathologiques héréditaires notables, cette jeune fille, de constitution apparemment robuste, réglée normalement, a, dès ses premières années, présenté une susceptibilité pulmonaire assez marquée. Elle eut sa première bronchite à l'âge de 4 ans environ et en même temps, au dire de ses parents, elle aurait présenté déjà une éruption de tout point semblable à la dermatose actuelle et ayant laissé des cicatrices à caractère varioliforme. Depuis, la tendance aux bronchites hivernales est manifeste et il y a cinq ans se produisit un épisode bronchitique particulièrement intense.

Il y a deux ans (Noël 1927), apparurent les premières lésions de la dermatose actuelle. Elles étaient localisées symétriquement à la région achilléenne. La malade ne peut donner de grandes précisions sur leurs caractères. A aucun moment d'ailleurs, l'éruption ne se généralisa ; bien au contraire, l'été suivant amena leur régression complète. Celle-ci d'ailleurs fut d'assez courte durée puisque, en septembre de la même année 1928, les lésions

apparurent et, cette fois, prirent l'extension que nous constatons encore actuellement. Depuis lors, en effet, elles ont présenté une remarquable fixité ; tout au plus, y eut-il, au cours de l'été 1929, une discrète atténuation.

Avant d'entrer dans une description détaillée des nombreuses lésions élémentaires qui constellent si curieusement les téguments de cette malade, essayons d'en fixer schématiquement la topographie. Disons d'abord que la face (siège de nombreux *nœvi*), le cuir chevelu, le cou, le tronc et l'abdomen, toutes les muqueuses enfin sont complètement respectés.

En effet, cette dermatose prédomine nettement à la région fessière, ainsi qu'aux membres inférieurs, qui, diffusément atteints, le sont cependant avec prédominance sur leur face postérieure, de flexion et au niveau des genoux. Aux membres supérieurs où les lésions sont moins confluentes, c'est, au contraire, la face d'extension qui est la plus atteinte : face dorsale des mains et des coudes. Le polymorphisme de cette dermatose est extrême. Nous y voyons d'abord toute une catégorie de lésions classiques, représentant des tuberculides typiques : tuberculides papulo-nécrotiques particulièrement nettes au niveau des coudes et des bras, acné cachecticorum, lésion plus superficielle, caractérisée par un petit soulèvement épidermique à contenu purulent, angiokératomes de Mibelli à centre purpurique, prédominant avec éléction dans les régions latérales du dos du pied, enfin érythème induré de Bazin, sous forme de deux placards situés à la face antérieure de la jambe gauche, à centre ulcéré. Voilà autant de lésions ne présentant pas à discussion et tirant leur seul intérêt de leur exubérance et de leur intrication chez le même sujet. Mais là ne se borne pas tous les constituants de cette complexe dermatose. C'est ainsi que dans les régions articulaires, coude et surtout genou, et aussi face postérieure de la cuisse, s'observent souvent, même en contiguité avec les tuberculides papulo-nécrotiques les plus authentiques, des éléments papulo-squameux, polygonaux, brillants, à centre plus ou moins ombiliqué, rappelant étrangement le lichen plan. La ressemblance se poursuit même au point de vue subjectif, car ces lésions sont le siège d'un léger prurit. Cependant leur surface ne présente en aucuns points de stries de Wickham et nous n'avons pas hésité

sur la seule foi du conteste clinique, à considérer ces éléments comme des tuberculides atypiques. La biopsie d'ailleurs est venue nous donner raison. Elle a permis, en effet, d'éliminer à coup sûr le lichen plan, par contre, elle a montré des lésions vraiment inattendues. En effet, sous un épiderme hyperkératosique, on observe une infiltration cellulaire dermique très polymorphe où l'on trouve à côté de lymphocytes, des amas de polynucléaires formant des espèces de micro-abcès. En certains points, il existe des zones de nécrose, auréolées de cellules inflammatoires, aux limites imprécises, à noyaux pycnotiques. Nulle part il n'a été rencontré de cellules géantes ou de cellules épithélioïdes. Le même aspect a été retrouvé au niveau d'un élément papulo-nécrotique.

Assez curieux également sont ces éléments verrucoïdes, de teinte rose bistre, siégeant sur le dos des mains, au niveau de l'interligne métacarpo-phalangien, sur le dos des pieds, en marge de la région plantaire. On dirait des verrues planes de grande dimension ; isolées, ces lésions éveilleraient même l'idée de la syphilis. La curette détache ces éléments sans la moindre difficulté comme s'il s'agissait d'un pain à cacheter appliqué sur le tégument. Un ou deux d'entre eux ébauchent l'aspect d'un granulome annulaire.

Enfin, la plante des pieds est le siège de véritables kératomes bien circonscrits, lenticulaires. Toutes ces lésions, sous réserve d'une localisation prédominante mentionnée au cours de la description, sont étrangement entremêlées et confluent souvent au point de créer de véritables placards dans lesquels les tuberculides papulo-nécrotiques voisinent avec des papules lichénoïdes. Tout cela donne à cette dermatose un aspect bigarré très particulier, semblant *à priori* déjouer tout effort de description. Il faut ajouter enfin que toutes ces lésions, spécialement toutes celles des membres inférieurs, ont un caractère purpurique bien spécial et que les téguments, tant au niveau des divers éléments pathologiques que dans les territoires de peau saine, sont ponctués par un fin piqueté purpurique. De ci de là, il existe même de fines bulles à contenu hémorragique, purulent ou hémopurulent. Signalons, en terminant cette description, la présence de plusieurs cicatrices varioliformes.

L'examen général n'a montré aucune lésion viscérale. L'état

général est bon. L'appareil respiratoire, qui fut l'objet d'un examen minutieux est apparemment indemne de toutes lésions. L'auscultation, l'examen radioscopique sont demeurés négatifs. Cependant, la malade crache quelque peu. La recherche des bacilles de Koch dans l'expectoration muco-purulente est demeurée négative. Une inoculation au cobaye, de cette expectoration, a été pratiquée le 14 janvier dernier. Actuellement, au bout de seize jours, il existe un chancre d'inoculation très net avec adénopathie inguinale et lombaire. Malgré la négativité des explorations cliniques et radioscopiques, la tuberculose paraît donc vraisemblable sinon encore certaine.

Les urines renferment un léger degré d'albumine.

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sang a été négative.

Il s'agit certainement là de types cliniques nouveaux de tuberculides (Nicolas).

Nous sommes donc en présence d'une jeune fille au passé bronchitique certain, indemne, semble-t-il, de toute lésion tuberculeuse évolutive, pulmonaire ou autre. Elle présente actuellement une dermatose polymorphe, dont la première poussée remonterait à l'âge de quatre ans, et qui, complètement disparue depuis, a récidivé discrètement il y a deux ans (Noël 1927), pour disparaître à nouveau l'été suivant et se réinstaller enfin dans sa forme actuelle, presque généralisée, en septembre 1928. Cette dermatose est faite, d'une part, de tuberculides certaines : papulonécrotiques, érythème induré de Bazin, acné cachecticorum, angiokératome de Mibelli ; d'autre part, d'éléments lichénoïdes rappelant le lichen de Wilson, de lésions verruqueuses, enfin d'éléments hyperkératosiques, véritables kératomes plantaires ; le tout est constellé d'un fin piqueté purpurique, bulleux en certains points. Les caractères atypiques de cette deuxième catégorie de lésions ne doivent pas nous empêcher de porter chez cette malade le diagnostic de Tuberculides polymorphes. Une telle variabilité morphologique est bien classique à propos du groupe des tuberculides : « Véritable manteau d'arlequin », dit Darier dans la dernière édition de son *Précis*. Il est assez rare cependant d'observer chez un même malade un tel polymorphisme et c'est à ce point de vue que nous avons cru intéressant de vous présenter cette jeune fille.

OBS. XXIV. — DUEMLING. — *Dermatitis nodularis necrotica*.
Arch. of Derm. Febr., 1930, p. 229.

En 1910, Werther a décrit une nouvelle maladie de peau qu'il a appelée *Dermatitis nodularis necrotica*. Depuis furent rapportés quatre cas présentant le même tableau clinique. Au cours des trois dernières années, un cas a été suivi à l'University Hospital, il m'a semblé intéressant d'y ajouter l'observation complète à la littérature existante.

HISTOIRE. — Il s'agit d'une écolière de huit ans, hospitalisée en novembre 1921, sans antécédents familiaux ou personnels : rougeole à l'âge de deux ans, angine trois mois avant l'admission ; incontinence d'urine depuis toujours. Un an avant, la malade a eu une éruption sur la partie supérieure du dos, le cuir chevelu et les oreilles, tendant à envahir les fesses et les extrémités ; les boutons ressemblaient à des furoncles et guérissaient en laissant des cicatrices. Les lésions, d'abord douloureuses, devenaient indolores en vieillissant. Ces « clous » furent incisés et drainés, mais de nouveau apparurent, de sorte que la malade n'en fut jamais exempte, cela malgré toutes sortes de traitements. Les ganglions inguinaux grossirent et se fistulisèrent.

EXAMEN. — La malade était plutôt pâlotte et sous-alimentée, mais ne présentait aucun signe de maladie aiguë. L'examen des organes était négatif, mais la peau présentait une éruption généralisée polymorphe qui montrait une prédilection pour les fesses, les membres inférieurs, particulièrement autour des genoux et des pieds (faces d'extension), les membres supérieurs aux coudes (faces d'extension), le dos des mains. Les lésions isolées avaient la dimension d'une tête d'épingle à une cerise. Les plus récentes étaient rouges, brillantes, tandis que les plus vieilles étaient brunes ou rouges sombres. Quelques-unes étaient plutôt élevées et d'autres étaient plates. La majorité des lésions consistait en papules, vésicules, vésicopustules hémorragiques et ulcérées ; sur la partie supérieure du dos où elles étaient apparues, il restait des cicatrices atrophiques et hypertrophiques arrondies ou ova-

laïres, de la grandeur d'une tête d'épingle à 18 millimètres. Des lésions ulcérées existaient sur les genoux et les coudes et se trouvaient couvertes d'une croûte brun-noirâtre et entourées d'un halo d'érythème vif. Elles étaient molles à la palpation. Il y avait une lymphadénite généralisée prenant les épitrochlées, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une grosse fève et aux aïnes on voyait des cicatrices irrégulières et ridées à l'emplacement de l'orifice des fistules. Six mois avant son entrée, la malade fut traitée pour une tuméfaction cervicale et sa maladie de peau qui durait depuis six mois ; l'œdème du cou était dû à un abcès rétropharyngé qui guérit rapidement ; les lésions cutanées étaient les mêmes que celles décrites ci-dessus.

La tuberculinoréaction et le Wassermann étaient négatifs. L'examen des urines montrait des caillots, des moules uretéraux, des leucocytes et de l'albumine.

Un ensemencement montra le streptococcus viridans en culture pratiquement pure. A l'examen répété des urines, on ne trouva pas de bacille acidorésistant. Le liquide des pustules ne décéla aucun microbe et l'hémoculture fut négative. La formule sanguine était la suivante :

Hémoglobine, 44 % ; leucocytes, 11.500 ; glob. rouges, 3.200.00 ; polynucléaires, 78 % ; petit mono, 12 % ; grand mono, 9 % ; moyen mono, 1 %.

Admise en décembre dans le service de dermatologie, pour observation, examen et traitement. On ne fit pas de diagnostic, on hésitait entre érythème polymorphe et tuberculides à formes particulières. La malade prit des bains « colloïdaux », fut enveloppée de pansements humides boriqués sous lesquels les ulcérations évoluèrent. Elle quitta le service après quinze jours, avec mission de revenir un mois plus tard. Pendant ce premier séjour, en plus du traitement local, elle reçut trois gouttes de solution d'arsénite de potassium deux fois par jour, de l'huile de foie de morue et un régime de suralimentation.

A son retour, elle est restée deux mois. Elle fut mise au même traitement général, mais on lui fit des pansements au permanganate de potasse sur les lésions ulcérées ; elle reçut aussi six séances de rayons ultra-violets. Un abcès sous-maxillaire dut être incisé et drainé. La culture du pus fit pousser streptococcus hémoly-

ticus. Les lésions de la peau évoluèrent lentement et, à ce moment, étant donné la récurrence, la symétrie, le siège (fesses, coudes, genoux et pieds), la présence de vésicules, on fit le diagnostic de Dermatitis herpétiformis de forme grave. Quelques pustules superficielles, très inflammatoires de la grosseur d'une tête d'épingle, envahirent les fesses : on les attribua à l'incontinence ; elles disparurent avec quelques pansements au chlorure de mercure et l'application de mercure ammoniacal dilué au demi. Pendant ces deux mois, elle fut transportée dans le service de pédiatrie pour rechercher la cause de l'incontinence ; on trouva un spina bifica occulta et de la colibacillurie : les urines se clarifièrent après lavages de vessie et absorption de phosphate acide de soude *per os*.

Après son départ, la malade fut perdue de vue pendant près d'un an. Quand on la revit, il n'était pas apparu de nouvelles lésions, mais les anciennes avaient persisté et tout récemment les lésions du genou s'étaient agrandies. L'examen montra les cicatrices des lésions précédentes à la fois atrophiques et hypertrophiques. Plusieurs lésions autour des malléoles avaient continué à se développer et, sur les fesses, il y avait plusieurs plaques rouges sombres, couvertes de croûtes de la dimension d'un pois à 18 millimètres ou plus. Sur les genoux, il y avait des ulcérations superficielles à l'endroit des anciennes lésions. En outre, au genou droit existait un certain degré d'œdème mou à la palpation et qui donnait l'impression de fluctuation. Entre temps, la malade avait seulement employé des bains « colloïdaux » et désirait continuer chez elle un traitement approprié.

Trois mois après, elle revint de nouveau et l'éruption était constituée de macules, papules, vésicules, vésicopustules dont la dimension allait d'un pois à une fève et, en beaucoup d'endroits, devenaient confluentes et croûteuses. Elles étaient entourées d'une zone d'érythème vif. Les endroits atteints étaient les surfaces de pression : les épaules, la région sacrée, les fesses, la face postérieure des jambes, les surfaces d'extension des coudes, le dos des mains et des doigts, les genoux, les chevilles. Il y avait peu de lésions sur la face antérieure du tronc. La malade, chétive, fut admise à l'hôpital où elle est restée jusqu'à présent.

Pendant ce séjour, de nouvelles lésions apparurent et se développèrent. Un des caractères de nombre de ces lésions.

était leur évolution hémorragique, quelques-uns l'étaient d'emblée ; les éléments ulcérés guérissent lentement ; ceux qui devenaient hémorragiques étaient très mous à la palpation. Des types variés de traitement furent faits : localement, bains et pansements humides à l'acide borique ou au permanganate de potassium, ultra-violets, l'air ou l'eau froide. Elle reçut aussi des pilules asiatiques, de l'huile de foie de morue et fut suralimentée. Des doses croissantes de tuberculine, l'autohémothérapie, des injections intra-veineuses de thiosulfate d'or et de sodium avec du lipoiodure Ciba (une tablette par jour) furent prescrites.

EXAMENS DE LABORATOIRE. — Le Wassermann et les hémocultures furent négatifs : la dernière fut faite sur bouillon dextrose ; sur milieu de Lutz (extrait de foie, infusion de cervelle, agar glycéro-lactosé).

A dix examens, l'hémoglobine variait entre 55 et 78 % ; le nombre total des globules rouges entre 3.330.000 à 5.410.000 ; le nombre total des globules blancs entre 6.650 et 15.800 ; les polynucléaires variaient de 49 à 73 % ; tous les lymphocytes de 22 à 46 % ; les « transitionnels » de 0 à 6 % ; les éosinophiles de 0 à 4 % ; et les basophiles de 0 à 2 %.

A la plupart des examens, les cellules rouges montraient une légère achromie, le nombre des plaquettes était normal ou peu diminué. Le temps de coagulation variait dans des limites normales.

L'examen des urines était toujours négatif, sauf au moment de la piélocystite où elles contenaient de l'albumine, du sang, du pus, des moules et des colibacilles. Une culture du pus de l'abcès sous-maxillaire droit montra un streptococcus hémolytique. La culture de la lésion montra une seule fois le streptocoque hémolytique, du staphylo, et un bacille diphtéroïde. Une fois, on obtint une culture pure de streptocoque hémolytique. A l'examen direct, on ne trouva pas de microbes acidorésistants, ni de champignons ; aucun champignon ne poussa sur milieu de Sabouraud.

La réaction à la tuberculine répétée était négative et il n'y avait aucune réaction ni locale ni générale à des doses croissantes de tuberculine. L'inoculation au cobaye du produit des ganglions

inguinaux est restée négative. Des radiographies du thorax ne montrèrent jamais de localisations pulmonaires tuberculeuses et, lors de l'évolution de l'abcès sous-maxillaire, une radiographie de la mâchoire ne décela pas de lésion osseuse. L'injection intra-dermique du liquide retiré d'une vésicule produisit rapidement une pustule qui se rompit au centre et s'ulcéra.

Après des mois d'examen, il fut patent que les éléments avaient une évolution cyclique. Les lésions hémorragiques qui étaient ou pétéchiales ou papuleuses guérissaient spontanément ou devenaient nécrotiques et ulcéreuses ; les lésions vésiculeuses devenaient rapidement pustuleuses et, dans quelques cas hémorragiques et alors s'ulcéraient et se couvraient d'une croûte. Les plaques infiltrées qui envahissaient surtout les fesses persistaient longtemps, mais à la fin survenait un ramollissement central avec croûte et ulcération.

HISTOLOGIE. — Six biopsies de lésions différentes furent faites. Un ganglion inguinal incisé pour l'examen montra seulement des lésions de lymphadénite chronique sans certitude de tuberculose.

La papule hémorragique présentait une structure qui ressemblait tout à fait à l'angiokératome. La caractéristique remarquable (petit élément) était une grosse hémorragie intraépidermique ; cette hémorragie occupait la plus grande partie de la moitié supérieure du « rete » ; elle était bien encapsulée et recouverte d'un épithélium corné. On voyait aussi une dilatation marquée des vaisseaux sanguins dans le chorion supérieur et une dilatation remarquable des artérioles et des veines plus profondes. Immédiatement sous l'hémorragie et occupant la couche papillaire, il y avait infiltration diffuse comprenant des lymphocytes et un grand nombre de cellules à types épithélioïdes : elle différait d'une lésion inflammatoire banale. Comme dans l'angiokératome, diapédèse et infiltration lymphocytaire se rencontraient çà et là dans l'épiderme et les papilles hors des vaisseaux sanguins nettement dilatés. Il y avait aussi une importante hémorragie libre dans la partie supérieure du chorion immédiatement en dessous du plus grand diamètre de l'hémorragie intra-épithéliale.

Les lésions vésicopustuleuses formaient des abcès nettement arrondis intra-épithéliaux, occupant la partie supérieure de la

peau ; le reste de la coupe était caractérisé par un infiltrat aigu de leucocytes polynucléaires avec hémorragie diffuse dans la partie supérieure du chorion. L'aspect dans le chorion est celui d'un abcès diffus. L'exsudat purulent diffusé situé à la partie inférieure, comprimait et provoquait l'affaissement de la couche papillaire. On voyait beaucoup de fibrine et l'aspect était d'un phlegmon streptococcique profond.

Les lésions en plaques avaient la structure d'abcès nécrotiques, allant de la couche sous-papillaire presque jusqu'aux glandes sudoripares. L'abcès bien limité comportait un ramollissement central et une hémorragie diffuse considérable. A côté de l'abcès, le chorion était le siège d'une énorme dilatation des vaisseaux sanguins. Des coupes faites dans des lésions moins avancées, montrait la remarquable dilatation vasculaire et l'infiltrat leucocytaire périvasculaire diffus dans le chorion. On ne voyait pas de vaisseaux thrombosés.

La coloration du tissu élastique montrait l'absence de fibres élastiques partout ailleurs sauf autour des cavités d'abcès : donc la transformation élastique était secondaire à la formation de l'abcès et non une formation primaire.

En somme, il s'agissait d'une affection profondément située, de type aigu, purulente ; les lésions vésiculeuses étant les plus superficielles et pour cela les plus rapidement ulcérées ; les éléments profonds se ramollissaient plus lentement, étaient plus destructifs et, par la suite, donnaient des cicatrices étendues, qui caractérisaient la maladie.

L'histologie montrait un processus septique ou embolique qui produisait cliniquement une montée de température à chaque nouvelle poussée. L'aspect chronique de la maladie résultait de la succession des poussées.

En résumé, une fillette de 11 ans, depuis trois ans et trois mois, est atteinte d'une affection chronique avec poussées aiguës atteignant de préférence les surfaces d'extension : les coudes, le dos des mains et des doigts, les genoux, les jambes et les pieds, négligeant la paume des mains et la plante des pieds.

L'éruption était polymorphe : papules, vésicules, pustules, nodules, ulcérations et lésions hémorragiques, celles-ci étant la principale caractéristique. L'évolution chronique était entre-

coupée de poussées aiguës, avec légère ascension thermique, l'état général était un peu touché, sans anémie.

On ne trouvait pas de symptômes subjectifs associés aux lésions : les ulcérées et les hémorragiques étaient molles au toucher. La maladie parcourait son cycle d'évolution malgré le traitement. Les ganglions inguinaux et le ganglion sous-maxillaire droit grossissaient et suppuraient. Radiographies et tests tuberculeux répétés étaient négatifs : pas d'antécédents familiaux et pas de contagion.

CONCLUSIONS. — Sous le titre de *Dermatitis nodularis necrotica* sont rapportés dans la littérature deux sortes de cas. Cliniquement, ils sont tous caractérisés par une éruption polymorphe (macules, papules, papulopustules, papules nécrotiques, hémorragiques et ulcérations siégeant surtout aux membres).

Le premier groupe, associé à une tuberculose viscérale, peut être attribué à une tuberculose. L'autre, moins important, où l'étiologie tuberculeuse peut être définitivement écartée. Le groupe tuberculeux peut être considéré désormais comme une tuberculose cutanée rare. Le second, comme une dermatite rare à laquelle peut s'appliquer le nom donné par Klingmüller.

De l'examen clinique approfondi, aussi bien que de l'examen histologique, il ressort que c'est une forme rare de septicémie, en dépit des hémocultures négatives. La présence constante de streptocoques hémolytiques dans la lésion, aussi bien que dans les ganglions lymphatiques, démontre que ce microbe est le facteur étiologique.

OBS. XXV. — EICHENLAUB. — *D. N. N. Arch. of Derm.*, oct. 1930, p. 681.

Il s'agissait d'un malade de 32 ans, sans antécédents familiaux ni personnels. Pour la première fois, en 1924, il remarque sur le cou-de-pied droit une tache rouge, qui se transforme bientôt en ulcère et cause une sensation de cuisson ; depuis quelques mois

des taches semblables sont apparues sur les jambes dont l'évolution aboutit toujours à l'ulcération puis à la guérison. Elles résistent au traitement local et à différents traitements antisypilitiques.

L'éruption était généralisée, mais plus marquée aux membres et aux fesses avec quelques lésions au cuir chevelu ; les lésions guéries laissaient des cicatrices chéloïdiennes nombreuses. Les lésions actives avaient de 1 à 4 centimètres de diamètre et, à certains endroits, leur réunion formait des plaques étendues ; lors de l'admission, il existait en grand nombre des ulcérations à formes irrégulières et à contours variés, quelques-unes à bords surélevés, et en petit nombre, des lésions papuleuses et pustuleuses qui commençaient à s'ulcérer. Pendant son séjour eurent lieu plusieurs poussées : c'était d'abord des macules légèrement infiltrées, rouges foncées, causant cuisson et douleur ; en peu de jours elles s'ulcéraient ; on ne voyait pas d'hémorragies macroscopiquement.

HISTOLOGIE. — Type d'inflammation aiguë : outre l'ulcération et l'acanthome plus marqué, il y a infiltration diffuse de polynucléaires et, en beaucoup d'endroits, de petites *hémorragies*. On ne peut affirmer ni la tuberculose ni la syphilis.

On ne trouve rien à l'examen physique ; on ne peut certifier l'existence d'une lésion pulmonaire. La tuberculinoréaction ne donne une légère réaction locale et une notable réaction générale que pour 2 cc. de tuberculine au 1/1.000. L'inoculation au cobaye ne décèle ni tuberculose, ni mycose. La culture et la coloration de la peau montre le staphylocoque, mais ni B K, ni champignons. Urine normale. Pas de BK dans les crachats. BW toujours négatif. Rien dans les selles.

Cytologie du sang : Hémoglobine, 92 % ; leucocytes, 11.850 ; polyn., 77 % ; petits mono, 13 % ; grands mono, 5 % ; éosino, 2

Chimie : Azote non protéique, 15,6 mgrs. ; acide urique, 5,1 mgrs ; chlorures, 64 mgrs. ; sucres, 18 mgrs.

Eichenlaub conclut qu'il ne s'agit ni de syphilis, ni de tuberculose, mais d'une dermatose autonome tout à fait semblable à la *Dermatitis nodularis necrotica* de Duemling.

OBS. XXVI. — MARCARI. — La Tuberculosis come fattor predisponente di alcune forme di porpora (*Arch. Ital. di Derm.*, vol. V, fasc. 4, mars 1930, p. 357). (résumé).

P. M., âgé de 14 ans, commis de magasin, après une otite, une néphrite aiguë hémorragique, a vu apparaître des lésions cutanées sur les membres. Depuis un an, l'éruption est passée par des alternatives de régression et d'accentuation.

Actuellement, on voit un sujet chétif, lymphatique, qui a des antécédents de tuberculose et qui présente une adénopathie inguinale et surtout cervicale.

Sur la peau de la face antéro-externe des cuisses et des jambes et sur la face externe des membres supérieurs, les ostiums des follicules pilo-sébacés sont surélevés et forment de petites papules de forme conique, les unes ayant une petite squame adhérente, les autres abrasées et recouvertes d'une croûte hémorragique ; certaines sont centrées par un poil plus ou moins atrophié. En passant la main sur la région, on a la sensation d'une rape.

Quelques-uns de ces éléments ont une teinte rouge plus ou moins vive qui persiste à la pression, mais la plupart présentent une coloration encore plus vive qui va du rouge sombre au violacé-bleuâtre ; la diascopie révèle de petites hémorragies. La teinte hémorragique déborde la papule folliculaire et diffuse autour d'elles de façon à comprendre deux ou trois éléments voisins. Toutes ces lésions tant papuleuses que papulo-hémorragiques sont tout à fait symétriques et ne présentent aucuns signes subjectifs.

Deux nouvelles poussées se sont produites pendant son séjour à la clinique. Elles coïncident avec une légère ascension thermique et une recrudescence des phénomènes rénaux.

Les éléments laissent après guérison une pigmentation brunâtre.

Dans les urines, on note la présence d'albumine (0,50 pour mille), un peu d'hémoglobine, des cylindres granuleux et hyalins, des hématies, de rares leucocytes, des cellules de revêtement et de nombreux cristaux d'oxalate de calcium.

La formule sanguine est la suivante : hématies, 3.200.000 ;

leucocytes, 6.300 ; hémoglobine, 60 ; valeur globulaire, 0,94 ; neutrophiles, 65 % ; éosino, 1 % ; baso, 0 ; mono 12 % ; lympho, 22 %.

Les temps de saignement et de coagulation sont normaux. Le signe du lacet est faiblement positif. Le malade n'accuse pas de tendance aux hémorragies.

La cutiréaction à la tuberculine est fortement positive.

Les réactions de Wassermann et de Hecht sont négatives.

Une inoculation au cobaye n'a pas donné de lésions caractéristiques.

L'étude histologique d'une papule en relief montre un épaissement de la couche de Malpighi et du stratum corneum avec tendance à se dilater des couches sous-jacentes.

Dans le derme au-dessous des lésions épidermiques existe une infiltration modérée, plus marquée autour des vaisseaux. Un infiltrat envahit toute l'épaisseur du derme et s'insinue jusque dans les papilles : il est formé en grande partie de cellules lymphoïdes, de lymphocytes, de leucocytes polynucléaires, d'hématies, de quelques cellules plasmatiques et de quelques cellules géantes. Dans la couche papillaire et le derme se trouvent de nombreuses hémorragies. Le tissu élastique est intact.

Autour des artérioles du derme, spécialement au voisinage des annexes pileuses, on observe un épaissement notable de la paroi : la lumière est déformée, les noyaux des cellules endothéliales sont volumineux et altérés. L'endothélium est décollé par places ; la tunique moyenne est hypertrophiée avec des éléments très colorables ; le tissu élastique est indemne : en certains endroits la fibre est cependant gonflée. Les veines présentent les mêmes modifications que les artères mais, moins marquées.

OBS. XXVII. — KELLER. — D. N. N. *Derm. Wochr.*, 1931, 2, p. 1602. — (résumée).

La malade est atteinte depuis deux ans d'une éruption hémorragique qui s'est manifestée par des récides fréquentes.

L'éruption est formée d'un groupe de bulles et de nodules

hémorragiques, qui sont douloureux ; certains de ces nodules s'ulcèrent.

On n'a pas trouvé le bacille de Koch.

OBS. XXVIII. — GOUGEROT. — « Tuberculides » escharrotiques noires. Tuberculoses papuleuses et nodulaires, cyanotiques et purpuriques, toujours nécrosantes et à escharres noires. *Arch. Derm. Syph.*, mars 1933, p. 110.

Le sujet, âgé de 25 ans, qui n'a jamais été malade, souffre depuis six ans de lésions singulières nécrosantes qui ont fait porter les diagnostics les plus différents et surtout celui de syphilis, mais elles n'ont jamais été influencées par les traitements antisypilitiques, et, même pendant une cure, une lésion escharrotique a entamé le bord d'une paupière ; les B.-W. classiques à 877 et les Hecht à 777 sont normaux ; toutefois, le B.-W. Desmoulières est partiellement positif à H4. Il aura beau recommencer des cures antisypilitiques, elles n'empêcheront pas les récides.

Depuis six ans se succèdent donc des lésions toujours semblables aux membres, surtout aux avant-bras, au tronc, exceptionnellement à la figure à l'état d'unité plus rarement de deux, exceptionnellement trois à la fois ; elles durent vingt et un à trente jours, les « poussées » étant espacées par des guérisons de 15 jours à 6 mois et se reproduisant sans causes connues ; de grands éléments alternent ou coexistent avec les petites lésions sans règle visible. L'évolution et l'aspect étant toujours semblables, il suffira de citer un exemple.

Sans raison connue, le 1^{er} juillet 1932, apparaît très rapidement en quelques heures à la face antérieure de l'avant-bras droit, une lésion qui dès le lendemain, est déjà une large papule rouge orangée de quinze millimètres de diamètre, saillante de deux millimètres, dures infiltrées et indolentes.

Trois jours après le début si rapide, le 3 juillet, non moins rapidement, la surface « noircit » en quelques heures, devient une

escharre noire arrondie qui est entourée d'une bordure infiltrée. Cette bordure s'infiltré de sang.

L'escharre commence à s'entourer d'un sillon d'élimination le 9 juillet et le 16, on arrache l'escharre et on aperçoit une ulcération de deux millimètres de diamètre à fond rougeâtre bourgeonnant, entourée d'une couronne infiltrée, large de deux à trois millimètres, cyanotique, violacée, purpurique.

Le 13 juillet, une nouvelle escharre noire occupe la totalité de l'infiltrat, ne laissant qu'une auréole rouge d'un millimètre ; l'ulcération centrale est devenue aussi escharre, une petite collerette d'épiderme blanc commence à marquer la séparation du mort et du vif. Cette évolution en deux poussées escharrotiques est rare.

Entre temps, le 9 juillet, il a une grosse amygdalite gauche avec 40,5 pendant quatre jours, et un gros furoncle du menton le 13, devenant un anthrax le 17.

Le 31 juillet, il nous écrit que tout est guéri.

Cette intensité de « pyodermite » est-elle une coïncidence ? est-elle due à une moindre résistance du terrain ? peut-être, mais nous croyons plutôt à une co-sensibilisation vis-à-vis des cocci pyogènes.

Examen bactériologique. — Les examens sur lame, les cultures répétées des lésions encore non ulcérées ne montrent ni cocci ni champignons.

Les examens directs ne révèlent pas de bacilles de Koch.

L'inoculation sous la peau du cobaye, du curettage d'une lésion le tuberculise, l'animal étant sacrifié en apparence bien portant, au bout de 75 jours, on trouve un nodule sous-cutané ne s'ulcérant pas, caséifiant le ganglion inguinal et essaimant une douzaine de granulations sur le foie et une vingtaine sur la rate : ces granulations contiennent (visibles sur lames) des bacilles de Koch, typiques, acido et alcoolo-résistants. C'est donc une tuberculose atténuée, mais du type Villemin classique. L'intradermoréaction avec la tuberculine à 1/500^e reproduit exactement la lésion clinique escharrotique.

Le malade a refusé biopsie, culture et inoculation du sang.

Evolution. — Avant même la réponse de l'inoculation, le diagnostic de tuberculides semblant le plus probable, un traitement par antigène-méthylé de Boquet-Nègre est suivi régulièrement. Il semble que les lésions tendent à s'atténuer ; mais il faut se méfier d'un faux espoir. Pour la 1^{re} fois depuis la lésion de juillet, le 15 septembre, apparaît un nodule de 6 millimètres, qui reste bleuté sans nécrose pendant dix jours et alors seulement se forme une escharre tardive : c'est la 1^{re} fois que l'évolution se ralentit. Le 29 octobre apparaît un petit nodule rouge violacé de 3 millimètres, la seconde depuis la grosse lésion de juillet ; lésion qui, dès le lendemain, coiffe d'une minuscule escharre noire de 1 millimètre, qui ne progressera pas et le tout guérira en dix jours : c'est la 1^{re} fois que la maladie est si minuscule.

OBS, XXIX. — GOUGEROT, BURNIER et DUREL. — Tuberculose papuleuse et nodulaire, purpurique et bulleuse, nécrotique et ulcéreuse avec néphrite. *Arch. Derm. Syph.*, mars 1933, p. 101.

M^{me} L... Mireille, n° 112001, nous est envoyée, le 27 mai 1932, par le Dr Jacquard, pour des lésions des jambes apparues en mars 1932 pour la première fois. Son aspect général semble bon, même floride ; mais l'examen général découvre une néphrite hématurique avec albuminurie de huit à quatre grammes sans cylindrurie. La malade déclare que tous les hivers elle a des engelures ulcérées des mains et des pieds, qui guérissent au printemps. Les deux jambes sont le siège d'une kératose pilaire rouge sans poils, avec refroidissement du tiers inférieur ; les cous-de-pied sont enflés le soir.

Les lésions, au nombre d'une centaine, occupent surtout le tiers inférieur des deux jambes ; elles sont plus rares au tiers supérieur ; quelques-unes remontent cependant sur les cuisses, parfois des nodules parsèment les avant-bras.

Ces lésions débutent par une petite macule rouge, grosse comme une tête d'épingle, autour d'un follicule ou par un petit nodule dermique, la tache s'infiltre légèrement et s'étend en largeur pour devenir en quinze jours une papule de 10 à 15 millimètres

de diamètre; le nodule grossit et atteint le volume d'un pois, en une dizaine de jours; l'évolution est alors variable; tantôt le nodule devient violacé, purpurique à la vitropression, tantôt le centre s'ulcère et se recouvre d'une croûte noirâtre, alors que le pourtour reste cyanotique et purpurique. Certaines de ces ulcérations à contours irréguliers mesurent 20 millimètres sur 10 millimètres; d'autres sont plus petites.

Tantôt les papules en s'étalant deviennent purpuriques et bulleuses; par exemple, sur la face interne du cou-de-pied droit, trois éléments bulleux ont l'épiderme flétri, blanchâtre, soulevé sur une surface de 15 à 20 millimètres; les bords irréguliers de la bulle sont limités par un halo violacé et purpurique de 2 millimètres entouré lui-même d'une zone rouge de 3 millimètres. Ces bulles, d'abord isolées, tendent à se fusionner pour former une bulle plus volumineuse toujours mal tendue.

On observe toutes les faces de l'évolution, y compris le stade cicatriciel et toutes les formes de transition.

A la fin de mai, la topographie des lésions est la suivante :

Au pied droit à la face externe, la région malléolaire est occupée par trois grosses phlyctènes de 30, 25, 20 millimètres de diamètre, irrégulières, contenant une sérosité citrine avec autour d'elles cinq autres bulles plus petites de deux à trois millimètres disposées en archipel.

Au-dessus et en avant de la malléole sont disséminées cinq lésions nécrotiques, peu sensibles, peu suintantes, enchassées dans un tégument épaissi et violacé.

Au pied droit à la face interne sur la malléole existe une grande ulcération nécrotique allongée verticalement et dont la partie inférieure est partiellement circonscrite par une phlyctène en croissant.

En avant de cette lésion principale existe une phlyctène tendue, presque hémisphérique avec un liseré rouge purpurique. Par ailleurs on découvre quelques petites lésions moins importantes soit phlycténoïdes soit nécrotiques.

Au pied gauche, à la face interne, on note quatre phlyctènes d'inégale importance : une est très tendue et assez régulièrement arrondie, deux ont (une, en son centre, l'autre sur un bord) une



Fig 16 — Tuberculides purpuriques.
(Obs. XXIX).

ulcération nécrotique et cinq autres petites ulcérations nécrotiques essaient autour.

A la face externe du pied gauche, on aperçoit trois phlyctènes en arrière de la malléole et six petites ulcérations nécrotiques sur base infiltrée.

Les deux membres inférieurs sont violacés et froids ; la circulation y semble défectueuse, les téguments sont un peu épaissis et tachetés vers la partie inférieure des jambes de lésions du même type.

ÉVOLUTION. — 1^{er} juin 1932, la malade revient toujours fatiguée et pâle, sans fièvre. Les urines sont rares, foncées ou troubles. Le dosage du 13 juin, pratiqué par M. Desgrez, montre 4 gr. 30 d'albumine au litre, une quantité importante d'hémoglobine, la présence d'urobiline et d'alcaptone, de nombreuses cellules épithéliales, mais sans cylindres ni globules rouges.

Les lésions cutanées sont les mêmes. En raison de la néphrite on temporise : régime lacté, eau de Saint-Nectaire.

La malade est revue le 22 juin 1932 ; la poussée cutanée s'apaise, les lésions anciennement bulleuses sont recouvertes de croûtes noirâtres, purpuriques et sont entourées d'une mince zone squameuse ou d'un liseré squameux qui représente le bord de la bulle.

En divers endroits, il est bien apparu quelques nodules dermiques, mais ils restent petits et ne tendent ni vers la nécrose ni vers l'ulcération ; donc la poussée s'atténue. L'état général est meilleur, l'albuminurie tombe à 2 gr. 50.

Le 6 juillet 1932, cette amélioration s'accroît, il n'y a pas de nouveaux nodules, les anciens n'ont pas évolué vers la nécrose et s'affaiblissent : les ulcérations, apparues en mai, sont ou cicatrisées ou en voie de cicatrisation et recouvertes d'une croûte noire, épaisse.

Les urines sont toujours macroscopiquement sanglantes ; à l'examen microscopique il n'y a cependant pas de globules rouges, mais une forte quantité d'hémoglobine. L'albumine est à 1 gr. 50 et y restera à plusieurs examens consécutifs ; par ailleurs, M. Desgrez trouve, le 10 juillet, de l'urobilinurie, 14 gr. 40 d'urée, 3 gr. 50 de chlorures au litre.

Après deux mois d'absence la malade revient, le 28 septembre 1932. L'amélioration a encore fait des progrès et la cicatrisation s'est achevée. Les cicatrices sont le siège d'une pigmentation intense avec au centre une zone bleuâtre, lichénoïde. Cette zone cyanosée correspond à des dilatations capillaires bien visibles à la vitropression. L'état général est bon, mais l'albuminurie a augmenté et le dernier dosage (20 sept.) donne 3 gr. 50 : la malade signale quelques picotements dans les genoux, mais on ne constate rien.

L'amélioration continue et, le 12 octobre 1932, il n'y a pas d'éléments cutanés nouveaux, l'albumine est revenu au chiffre de 1,50 par litre. Revue le 8 février 1933, des lésions cutanées restent guéries, mais toujours fortement pigmentées ; l'albuminurie s'est abaissée à 0,50 ctgr. par litre.

EXAMENS HISTOLOGIQUES (par M^{lle} O. Eliascheff). — *Épiderme*
La couche cornée est légèrement hypertrophiée, sans noyaux, épouse étroitement le corps muqueux de Malpighi. La granuleuse est discontinue ; là où elle est conservée elle n'est formée que d'une seule rangée de cellules par places très aplaties.

Le corps muqueux est d'épaisseur normale, les cellules épineuses ont conservé leurs filaments d'union, mais plusieurs cellules sont arrondies.

La basale est en palissade et ses cellules sont de forme normale.

Derme. Le corps papillaire présente dans quelques points un œdème peu marqué, l'œdème est beaucoup plus prononcé dans la couche sous-papillaire et les couches sous-jacentes. Les vaisseaux sanguins de la couche sous-papillaire montrent une prolifération endothéliale, il en résulte un rétrécissement de la lumière vasculaire qui va dans quelques vaisseaux jusqu'à une oblitération complète. Des noyaux en pycnose en assez grand nombre se trouvent dans le voisinage de ces vaisseaux, mais ils ne forment pas de manchons périvasculaires, ils sont disséminés sans ordre dans toute cette couche.

Le derme moyen et le derme profond sont le siège d'un infiltrat, qui entoure un groupe de vaisseaux sanguins. Ces derniers

sont par places dilatés, par places comprimés par l'infiltrat. L'infiltrat très dense ramifié et composé en majeure partie de noyaux en pycnose, de cellules rondes et de rares polynucléaires. Les parois vasculaires ne sont pas modifiées dans ces couches.

Les follicules pileux et leurs muscles sont bien conservés; nous n'avons pas rencontré de glandes sébacées et seulement de très rares glandes sudoripares.

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — Les examens directs et cultures des bulles et ulcérations cutanées ne montrent que des staphylocoques et entérocoques.

Les inoculations des lésions au cobaye ont été négatives. L'inoculation du sang au cobaye, le 7 juin 1932, a été négative.

La culture du sang suivant la méthode de LÆWENSTEIN, à la même date, a été négative (Dr Ragu).

L'inoculation des urines au cobaye a été négative.

Les intradermo-réactions à la tuberculine ont été fortement positives et purpuriques comme les lésions; l'une d'elles devint vésiculeuse comme les lésions.

OBS. XXX. — GUGEROT, BURNIER et Olga ELIASCHEFF. — Tuberculides papuleuses, vésiculeuses et purpuriques agminées. *Bull. Soc. Fr. Derm.*, 1933, p. 102. *Arch. Derm. Syph. Hôp. Saint-Louis*, sept. 1933, p. 365.

Le N° 112949, jeune fille âgée de 17 ans, vient consulter, le 21 octobre 1932, pour des lésions apparues sur les jambes et les pieds depuis huit jours.

On constate en effet sur la face antérieure et postérieure des jambes, au tiers inférieur et au dos des pieds, sur une peau de coloration normale, mais atteinte de kératose pilaire rouge assez marquée, des lésions indolores, et non prurigineuses, débutant ordinairement au niveau d'un follicule pileux.

C'est d'abord une petite lésion acuminée, surélevée, de coloration rougeâtre ou violacée, qui, par places, devient hémorra-

gique et se recouvre d'une croûte noirâtre, grosse comme une tête d'épingle.

En d'autres points, surtout au tiers inférieur des jambes, en avant et en arrière, ce sont des lésions saillantes, infiltrées, pouvant atteindre 10 à 20 millimètres de diamètre, à surface rugueuse, mamelonnée, de coloration grisâtre ou noirâtre : au centre de cette lésion existe souvent une ulcération hémorragique qui se recouvre ultérieurement d'une croûte noirâtre.

Sur quelques lésions papuleuses plus volumineuses, on constate que la surface est couverte de petites vésicules, grosses comme une tête d'épingle d'un à deux millimètres, serrées les unes contre les autres, à contenu d'abord clair, puis hémorragique au centre ; ce centre se recouvre bientôt d'une croûte noirâtre d'environ 5 millimètres de diamètre. L'aspect de ces grosses lésions papulo-vésiculeuses rappelle de loin celui des bromides.

L'état général de la malade est satisfaisant ; bien que chétive elle n'a jamais toussé et l'examen radiographique des poumons est normal.

L'intradermo-réaction à la tuberculine donne cependant une réaction positive : nodule de 20 millimètres de diamètre (entouré d'un large halo rougeâtre) qui persista pendant plusieurs jours.

L'examen des dents montre l'existence de stries, de pointillés sur les incisives et une atrophie cuspidienne des molaires. Mais les réactions de Bordet-Wassermann, Hecht, Desmoulières et Kahn se sont montrées complètement négatives chez la malade et sa mère.

Evolution et traitement. — La malade fut traitée par les injections sous-cutanées de Tuberculine CL à doses progressivement croissantes de 5/1000 à 2/10^e de milligramme tous les trois jours. Ces injections furent bien supportées, sans réactions générales. Dès la quatrième injection, les lésions s'abaissèrent ; à la septième, à la place des anciennes lésions, existaient seulement des taches rouges et squameuses ; à la dixième injection, les lésions avaient complètement disparu. La guérison fut ainsi obtenue en vingt-huit jours et s'est maintenue.

HISTOLOGIE. — Biopsie faite le 25 octobre 1932, d'un nodule naissant non vésiculeux, non ulcéré.

Epiderme. — La couche cornée est lamelleuse, très hypertrophiée, sans parakératose, elle pénètre profondément dans les bourgeons interpapillaires, où elle forme de véritables masses cornées, et dans les pores pilo-sébacés.

Il ne persiste de la granuleuse qu'une à deux rangées de cellules de forme normale et très riches en kératohyaline.

Le corps muqueux est légèrement atrophié, les cellules épineuses ont conservé leurs filaments d'union, mais elles sont par place arrondies ; plusieurs sont œdémateuses, leur noyau est faiblement coloré. De nombreuses cellules migratrices se trouvent dans les espaces intercellulaires.

La basale est dans nombre de points en palissade, ses cellules sont de forme normale ; mais par place le corps muqueux est décollé et il ne reste que quelques cellules basales en connexion avec le corps papillaire. Il en résulte des fentes entre le derme et l'épiderme, fentes étroites et vides (début de la vésiculation).

Derme. — Le corps papillaire est par place condensé, par place œdémateux. Dans un point immédiatement au-dessous de l'épiderme, le tissu conjonctif forme un réseau à mailles très larges, remplies de polynucléaires, de plasmocytes, de nombreuses cellules épidermiques détachées du corps muqueux et de noyaux en pycnose, il s'agit d'un petit abcès sous-épidermique.

Le chorion est riche en vaisseaux qui tous ont des parois modifiées et épaissies ; leur endothélium prolifère et plusieurs vaisseaux sont presque oblitérés par cette prolifération endothéliale. De nombreux polynucléaires parmi lesquels se trouvent des éosinophiles, accompagnent les vaisseaux.

Dans les couches profondes du derme les follicules pileux, les glandes sudoripares et les vaisseaux sanguins sont entourés d'un infiltrat très dense par place qui comprime alors les vaisseaux et les glandes sudoripares inclus dans cette masse cellulaire ; cet infiltrat est composé de cellules rondes, de rares fibroblastes et de noyaux en pycnose. En outre, de nombreux noyaux en pycnose sont disséminés parmi les faisceaux conjonctifs.

Le tissu conjonctif de l'hypoderme est proliféré, il forme de larges bandes entre les cellules adipeuses ; un infiltrat composé de lymphocytes, de rares cellules épithélioïdes, de quelques plas-

mocytes et de noyaux en pycnôse s'est substitué en plusieurs points aux cellules adipeuses.

Les vaisseaux sanguins qui sont inclus dans cet infiltrat ont des parois épaissies et la lumière vasculaire est, dans quelques-uns, obstruée par la compression exercée par l'infiltrat.

Nulle part on ne rencontre ni cellules géantes ni structure folliculaire. Les colorations au Ziehl et au Gram ne montrent ni bacilles de Koch, ni d'autres germes.

En résumé, hyperkératose accentuée, décollement épidermique, formation d'un abcès sous-épidermique ; lésions vasculaires très prononcées avec infiltrat périvasculaire, péri folliculaire et périglandulaire dans le derme. Prolifération du tissu conjonctif dans l'hypoderme et formation de foyers d'infiltrats autour des vaisseaux. *Structure non folliculaire.*

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES. — L'inoculation au cobaye d'un fragment de biopsie a été négative (animal sacrifié au bout de deux mois).

Les ensemencements d'un broyage de biopsie sur milieu de Pétroff et de vingt centimètres cubes de sang sur milieu de Lœwenstein par le Dr Ragu ont été négatifs.

OBS. XXXI. — CHESTER. — Dermatitis nodularis necrotica. *Arch. of Derm.*, 1933, t. I, p. 1012.

Il s'agit du cas de Wile et de Duemling : R. S., fille de 15 ans.

En 1929, on note une douleur appendiculaire mais on n'opère, pas. A ce moment des « clous » sont apparus sur la fesse droite. Ils tardent à guérir et d'autres apparaissent ailleurs. La lésion originelle se cicatrise en un an. Quelques éléments se rompent spontanément laissant couler un liquide sanguinolent. La maladie s'aggrave l'hiver, a persisté, s'étendant moins peu à peu.

L'appendicectomie fut faite en 1930. Deux abcès dentaires évoluèrent ; d'autres se produisirent en 1932.

A l'examen, il existait des lésions érythémateuses, non douloureuses, de un à cinq centimètres de diamètre aux extrémités.

Quelques-unes étaient croûteuses, d'autres laissaient couler un liquide séreux. Les fesses aussi étaient envahies et sur l'abdomen on voyait un grand nombre de cicatrices superficielles de la taille d'une petite à une grande pièce de monnaie.

Il y avait des ganglions discrets cervicaux, inguinaux, axillaires et épitrôchléens. Les réactions de Pirquet et de Wassermann étaient négatives. La tuberculose n'était pas en cause.

La formule sanguine était la suivante : globules rouges, 3.800.000 hémoglobine, 60 % ; leucocytes, 40 %.

Les hémocultures restaient négatives et la culture des pustules donnait le streptocoque hémolytique et le staphylocoque doré.

OBS. XXXII. — POOR. — Tuberculosis (Tuberkulid) nodosa hemorrhagica (Derm. nod. necr. de Werther). *Arch. f. Derm.*, 1934, t. 169, p. 459.

L'éruption atteint un homme de 25 ans. Le début remonte à un an et demi ; poussée fébrile à 40°, apparition de bulles hémorragiques sur tout le corps et dans la bouche.

A l'examen, sur le haut du bras, on trouve des lésions séparées par des intervalles de peau saine. Elles sont de trois types :

1° Des papules de la grosseur d'un pois, cyanotiques et brunâtres, quelques-unes recouvertes d'une croûte noirâtre. Les papules non ulcérées sont de couleur rouge vif : elles laissent des cicatrices d'abord pigmentées puis blanchâtres (Tuberculides papulo-nécrotiques).

2° Des taches de la dimension d'une noix, quelques-unes sont ulcérées ; parmi ces dernières on note des papules de la grosseur d'un gros pois. Les bords de l'ulcération sont circinés.

3° Des lésions de la dimension d'une grosse noix : papules isolées, très cyanotiques. Quelques-unes sont creusées en cratère à fond purulent et hémorragique.

Sur les membres inférieurs, le visage et le tronc, il existe des lésions semblables, mais moins abondantes.

Sur la face interne du talon, sous la plante du pied se trouve une lésion grande comme la paume de main d'un enfant : l'épi-

derme est soulevé et on sent de la fluctuation. Il y a quelques ulcérations d'où s'écoule du sang mêlé de pus.

Il n'y a pas d'éléments sur les muqueuses ; elles ont une teinte rouge vif.

Le Wassermann est négatif.

La formule sanguine est la suivante : globules rouges, 4140000 ; hémoglobine, 83 % ; index, 1 ; globules blancs, 14.300 ; S, 64 % ; Mo, 1 % ; H, 17 % ; F, 3 % ; Ly, 15 %. En somme, on trouve, des globules rouges et des thrombocytes normaux, une moyenne polynucléose, une diminution des neutrophiles, une augmentation des éosinophiles : c'est la formule d'une inflammation ou d'une intoxication.

Il existait une lésion pulmonaire insignifiante.

Ce cas est à rapprocher de la *Dermatitis necrotica* de Werther : même polymorphisme des lésions, mais éléments moins nombreux. Notre cas s'apparente plus aux tuberculides papulo-nécrotiques.

La biopsie montre la prédominance des lésions dans le derme : infiltrat surtout périvasculaire, altération des vaisseaux, petites hémorragies.

Dans ce cas, l'hémorragie est le principal symptôme : l'histologie n'en révèle pas la cause ; on peut supposer qu'il existe un processus d'endartérite et d'endophlébite.

Dans certaines coupes de papules il n'y a pas d'hémorragies visibles, seulement de l'infiltration et de la nécrose.

L'éruption est différente du pemphigus, car les bulles reposent sur une base infiltrée.

La maladie est rapportée à la tuberculose bien qu'on n'ait pas trouvé de bacilles de Koch ni dans le sang ni dans les tissus.

On a appelé cette affection, *Dermatitis nodularis necrotica*, mais dans la littérature, beaucoup de cas sont décrits sous le nom de folliclitis, acnitis, acné, etc. On pourrait lui donner le nom de *Tuberculosis nodosa hemorrhagica*.

CONCLUSIONS

Vingt-cinq cas publiés sous des noms divers dans la littérature française et étrangère, six observations inédites de tuberculides purpuriques justifient l'individualisation de ce syndrome.

La maladie s'observe surtout chez des adultes jeunes, à l'aspect floride. Le terrain tuberculeux est discret ou évident. Les lésions apparaissent sans causes appréciables.

Le siège symétrique de l'éruption, sa prédilection pour les extrémités, en particulier les membres inférieurs, sa chronicité, l'évolution par poussées, les éléments papuleux qui se nécrosent, la coexistence ou l'apparition ultérieure de véritables tuberculides papulo-nécrotiques mettent sur la voie du diagnostic.

Mais ces tuberculides papulo-nécrotiques ont un aspect insolite. L'éruption est polymorphe, associant macules, papules, nodules, vésicules, bulles, pustules, papules nécrotiques et ulcérations. Les bulles et les ulcérations ont parfois deux à trois centimètres de diamètre. Enfin, ce qui caractérise principalement l'éruption, c'est l'infiltration purpurique des éléments.

Les lésions histologiques sont celles d'une tuberculose inflammatoire non folliculaire. Le derme est riche en vaisseaux dilatés ou altérés. Il existe de l'endopérivascularite, un infiltrat presque exclusivement périvasculaire, lympholeucocytaire et des noyaux en pycnose.

Ce type clinique fait partie d'une série de *Dermatoses nodulaires* et la comparaison avec elles fait ressortir les différences de degré entre les lésions (les malades atteints de tuberculides purpuriques sont des cas de transition) et les analogies pathogéniques (ces dermatites nodulaires nécrotiques font partie du

groupe des dermatoses *allergiques* ou mieux à *réaction de défense nodulaire par sensibilisation*, ce qui explique leur pronostic relativement bénin).

La série aboutit aux *tuberculides escharroliques*, caractérisées par — l'*extraordinaire intensité* du phénomène nécrotique, formant une escarre noire de cinq à vingt millimètres, — sa *constance* tant que le traitement n'atténuera pas le processus, la nécrose noire frappant tous les éléments, — sa *précocité* telle que l'escarre noire apparaît quelques heures après le début et s'accroît en vingt-quatre heures (c'est un *phénomène de Koch spontané récidivant*), — le *petit nombre des lésions* : une lésion d'ordinaire, plus rarement deux à la fois, exceptionnellement trois. L'inoculation positive au cobaye donne la preuve tuberculeuse de ces lésions et l'intradermo-réaction à la tuberculine reproduit expérimentalement la lésion.

Le diagnostic se pose 1° avec les dermatoses folliculaires; 2° avec les dermatoses nodulaires, les formes à étiologie tuberculeuse de la *Dermatitis nodularis necrotica* des auteurs étrangers entrent dans le cadre des tuberculides; 3° avec d'autres tuberculides.

Les injections intramusculaires, faites trois fois par semaine, de doses progressivement croissantes de tuberculine amènent la guérison en deux ou trois mois. Les injections d'antigène méthylique donnent des résultats analogues. On a pu employer avec succès des injections de thiosulfate d'or.

Les « Tuberculides purpuriques » sont une variété nouvelle à joindre au *véritable manteau d'arlequin* que constituent les tuberculides. On peut les considérer comme une forme clinique rare, mais non exceptionnelle des tuberculides papulo-nécrotiques.

VU : le Doyen,
ROUSSY

VU : le Président,
GOUGEROT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER,
Le Recteur de l'Académie de Paris
CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- BALZER et ALQUIER. — Tuberculide multiforme très étendue. (*Ann. de Derm. et Syph.*, 1900, p. 1171 et 1901, p. 47).
- BALZER et MILIAN. — Tuberculose cutanée pustulo-ulcéreuse. (*B. Soc. Fr. de Derm.*, 1910, p. 79).
- BAZIN. — *Leçons sur la scrofule*. Paris, 1861.
- BEAUPRÈS. — Contribution à l'étude de la Folliclis (*Thèse*, Paris 1908).
- BESNIER, BROcq et JACQUET. — *La pratique dermatologique*, p. 619.
- BOECK. — Lupus erythem. disseminatus (*Arch. f. Derm.*, 42, 1898, p. 71).
- BROcq. — *Dermatologie pratique*. T. I, p. 610.
- BROcq. — Lupus érythémateux à aspect un peu insolite (disséminé) (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1893, p. 469).
- BROcq et LAUBRY. — Deux cas de lupus érythémateux à forme un peu insolite (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1900, p. 129).
- BRUCK. — Dermatitis nodularis necroticans (*Derm. Wochenschr.*, 1927, p. 1175).
- BRUCK. — Dermatitis nodularis necrotica tuberculosa (*Iconographia*, 1912, p. 231).
- BUISINE. — Contribution à l'étude de l'érythème noueux et du purpura, considérés spécialement dans leur rapport avec la tuberculose (*Thèse* Paris 1892).
- CASAZZA et RADACHI. — Complesso quadro di tuberculidi in acrociannotica (*Giorn. Ital. di Dermat. e Sif.* 73 : 692-695, fév. 1932).
- CHESTER. — Dermatitis nodularis necrotica (*Arch. of Derm.*, 1933, t. I, p. 1012).
- CHRISTIANSEN. — Hæmorrhagisches nekrotisches Tuberkulid bei einem 7 jährigen Kinde. (*Soc. dan. de Dermatol.* 6. Oct. 1926. *Zbl. Hautkrkh.* 22, 475, 1927).
- DANLOS. — Dermatite chronique pustulo-ulcéreuse en plaques (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1899, p. 264).
- DANLOS et BLOCH. — Dermatose indéterminée probablement sarcomatose ou mycose. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1901, p. 435).
- DARIER. — *Précis de Dermatologie*, p. 785.

- DARIER. — Les Tuberculides. (*Ann. de Derm.*, 1896, p. 1431).
- DARIER et SOTTAS. — Erythème polymorphe de type érythémato-papuleux (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1898, p. 85).
- DELBANCO. — Ein Fall von Lupus erythematosus disseminatus, Boeck. (*Monatsch. f. prakt. Dermat.*, 1900, p. 176).
- DESAUX et BOUTELLIER. — *Manuel pratique de dermatologie*, p. 618.
- O. DITTRICH. — Ueber den Tuberkelbazillennachweis bei Tuberkuliden (*Derm. Wochenschr.*, Bd. 84, Nr. 22, 1927, p. 734).
- DUBREUILH et SABRAZES. — De quelques formes anormales d'engelures. obs. I. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1891, p. 300).
- DU CASTEL. — Eruption purpurique des doigts. (*Ann. de Derm.*, 1896, p. 724).
- DU CASTEL. — Dermatite hémorragique des saillies des doigts. (*Ann. de Derm.*, 1899, p. 141).
- DU CASTEL. — Tuberculides des membres. (*Ann. de Derm.*, 1901, p. 959).
- DU CASTEL. — Tuberculides des organes génitaux. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1902, p. 28).
- DUEMLING. — Dermatitis nodularis necrotica. (*Arch. of Derm.*, febr. 1930, p. 229).
- EICHENLAUB. — Derm. nod. necr. (*Arch. of Derm.*, oct. 1930, p. 681).
- ESCANDE. — Angiokératome. (*Thèse Toulouse*, 1893).
- FAYNER. — Considérations sur l'étiologie et la pathogénie des tuberculides (*Thèse Paris*, 1932).
- FINKS. — Derm. nod. necr. (*Arch. of Derm.*, mai 1932, p. 704).
- FISHL. — Derm. nod. necr. (*Derm. Wochenschr.*, 1931, p. 50).
- FOERSTER. — Derm. nod. necr. (*Arch. of Derm.*, 1929, p. 390).
- FRINGUET. — Des Tuberculides. (*Thèse Paris*, 1899.)
- GAUCHER. — Tuberculose pustulo-ulcéreuse. (*Maladies de la peau*, 1900, p. 379).
- GAUCHER et BOISSEAU. — Erythème polymorphe circiné purpurique. (*Ann. de Derm.*, 1906, p. 202).
- GAUCHER et GOUGEROT. — Tuberculose cutanée multiple, tuberculides papulo-nécrotiques, angiomateuses et lichenoïdes (forme sèche du lichen scrofulosorum), verruqueuses, formes de transition. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1911, p. 98).
- GAUCHER et GOUGEROT. — Erythème polymorphe et purpura d'origine tuberculeuse (*B. S. F. R.*, 1911, p. 102).
- GAUCHER et WEIL. — Tuberculose cutanée papuleuse en plaques. (*Ann. de Derm.*, 1904, p. 336).

- GOUGEROT. — Tuberculides escharrotiques noires. (*Arch. Derm. Syph. de la Clin. Hôp. Saint-Louis*, t. V, fasc. I, mars 1933, p. 110).
- GOUGEROT. — Bacilliose non folliculaire. *Thèse Paris*, 1908.
- GOUGEROT. — *La Dermatologie en clientèle*, p. 496.
- GOUGEROT. — Traitement général des tuberculoses et tuberculides cutanées (*Bull. gén. de Thérap.*, oct. 1927, p. 337).
- GOUGEROT et BURNIER. — Tuberculides papuleuses et nodulaires, bulleuses et purpuriques, nécrotiques et ulcéreuses (*Arch. Derm. Syph. Saint-Louis*, t. V, fasc. 1, mars 1933, p. 92).
- GOUGEROT, BURNIER, et DUREL. — Tuberculose papuleuse et nodulaire, bulleuse, et purpurique, nécrotique et ulcéreuse. (*Arch. Derm. Syph. Saint-Louis*, t. V, fasc. 1, mars 1933, p. 101).
- GOUGEROT, BURNIER et M^{lle} ELIASCHEFF. — Tuberculides papuleuses et nodulaires, vésiculeuses et purpuriques agminées. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1933, p. 102).
- GOUGEROT et Guy LAROCHE. — Etiologie et pathogénie des tuberculides cutanées. (*Gaz. des Hôp.*, 1912, p. 141 et 185).
- GRUNEWALD. — Acne varioliformis universalis. (*Monatsch. f. Prak. Derm.*, 1885, p. 61).
- HALLOPEAU. — Sur un nouveau cas de toxi-tuberculides. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1899, p. 214).
- HALLOPEAU. — Sur une forme bulleuse de toxi-tuberculides. (*Ann. de Derm.*, 1903, p. 35).
- HALLOPEAU et ECK. — Nouvelles notes sur un cas de sarcoïdes de Beck. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1903, p. 2, 113 et 190).
- HALLOPEAU et LE BRET. — Sur un cas d'iodisme hémorragique bulleux et scléreux chez un malade atteint très probablement de syphilis héréditaire. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1903, p. 296 et 323).
- HALLOPEAU et LE DAMANY. — Lupus érythémateux anormal, folliclis ou type morbide nouveau. (*Ann. de Derm.*, 1895, p. 380).
- HALLOPEAU et NORERO. — Sur une forme vésiculo-pustuleuse de toxi-tuberculides (*Ann. de Derm.*, 1904, p. 556).
- HALLOPEAU et VIELLARD. — Sur une tuberculose en foyers multiples du visage et des membres supérieurs. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1903, p. 257).
- HAURY. — Essai sur les tuberculides (*Thèse Paris*, 1899).
- HAXTHAUSEN. — Derm. nod. necr. (*Soc. dan. de dermatol.* 1923-24, p. 26).
- HAXTHAUSEN. — Hämorrhgisches Tuberkulid. (*Soc. dan. dermat.* 2 févr. 1927. Ref. *Zbl. Hautkrkh.* 23, 162).

- HOROVITZ. — Ulzeröse Tuberkulide. (*Schles. Dermat. Ges.*, 9 juil. 1929. Ref. *Zbl. Hautkrkh.*, 11, 284).
- HUDELO et LEBAR. — Eruption purpurique des doigts (*Ann. de Derm.*, 1904, p. 1100).
- JADASSOHN. — Derm. nod. necr. *Centralb. f. Haut. Geschlechtskrankh.*, vol. 29, p. 712).
- KAPOSI. — Sur quelques formes exceptionnelles d'acné (folliculites) (*Arch. f. Derm.*, 1894, p. 87).
- KELLER. — Derm. nod. necr. (*Derm. Wochenschr.*, 1931, 2, p. 1602).
- KLINGMULLER. — Ueber Derm. nod. necr. (*Arch. f. Derm.*, 1911, 110, p. 419).
- LEREDDE et HAURY. — Tuberculides angiomateuses (*Ann. de Derm.*, 1899, p. 384).
- LEREDDE et MILIAN. — Tuberculide angiomateuse des membres inférieurs (*Ann. de Derm.*, 1898, p. 1095).
- LEREDDE et PAUTRIER. — Lupus érythémateux de la face et angiodermite tuberculeuse des mains. (*B. Soc. Fr. Derm.*, 1902, p. 64).
- LEREDDE et PAUTRIER. — Un cas d'angiokératome coexistant avec un lupus pernio et la tuberculose pulmonaire : tuberculides familiales. (*B. S. F. D.*, 1902, p. 141).
- LEWANDOWSKY. — *Tuberkulose der Haut*, 1916.
- LORTAT-JACOB et SOLENTE. — Tuberculides ; groupements morphologiques, discussions étiologiques (*Sem. des Hôp. de Paris*, 3, 412, 31 juil. 1927).
- LUTZ. — Haemorr. papulo-bullöses und ulzeröses Exanthem, verursacht durch hematogene Infektion, mit gram negativen Bazillen. (*Arch. f. Derm.*, 1915, 125, p. 613).
- MARGAROT. — La conception actuelle des tuberculides (*La Science Méd. prat.*, 15 avr. 1933, n° 8).
- MARCARI. — La Tuberculosis come fattore predisponente di alcune forme di porpora (*Arch. Ital. di Derm.*, V, 4, mars 1930, p. 357).
- MASIA. — Le Tuberculidi (*Riv. osp.*, 22, p. 213, juil. 1932).
- MASIA. — Le Tuberculidi (*Tuberculosis*, 24, p. 293, sept. 1932).
- MILIAN. — Tuberculides bulleuses, purpuriques, ulcéreuses (*Paris Médical*, 1928, p. 75).
- MILIAN et PERIN. — Syphilides purpuriques atrophiantes (*B. S. F. D.*, 1924, p. 464).
- MILIAN et RIVALIER. — Purpura bulleux avec ulcérations ecchymatoïdes chez un sujet atteint d'adénopathie bacillaire. (*B. S. F. D.*, 1923, p. 17).

- MILIAN et THIBAUT. — Tuberculides papulo-nécrotiques de la face (acnitis) (*B. S. F. D.*, 1921, p. 112).
- MILIAN, THIBAUT et PERIN. — Syphilides purpuriques atrophiques. (*B. S. F. D.*, 1921, p. 329).
- NICOLAS, MASSIA et MICHEL. — Tuberculides polymorphes (*B. S. F. D.*, 1930, p. 304).
- NICOLAU. — Les Tuberculides (*A. de Derm.*, 1903, p. 720).
- OLIVER. — Lichen scrofulosorum (*Arch. of Derm.*, 1926, 14, p. 471).
- PAUTRIER. — Les tuberculoses cutanées atypiques (tuberculides) (*Thèse Paris*, 1903).
- PAUTRIER. — Les tuberculoses cutanées. (*Traité de pathologie médicale et Thérapeutique appliquée. Dermatologie*, p. 589).
- PAUTRIER et SCHAUMANN. — Tuberculides et tuberculose (*Bru. Méd.* 1927, p. 25).
- PHILIPSON. — Phlebitis nodularis necroticans (*Arch. f. Derm.*, 1901, p. 215).
- POOR. — Tuberculosis (Tuberkulid) nodosa hemorrhagica (Derm. nod. necr. de Werther) (*Arch. f. Derm.*, 1934, 169, p. 459).
- RAVAUT, VALTIS et VAN DEINSE. — La présence de l'ultra-virus tuberculeux dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides cutanées (*B. Acad. de Méd. Paris.*, 104, p. 13, 1^{er} juil. 1930).
- RAVAUT, VALTIS et DE BLASIO. — *Id.* (*B. S. F. D.*, 1932, p. 1257).
- SEZARY, HOROWITZ et FACQUET. — Les tuberculides polymorphes (*Rev. Méd. Fr.*, oct. 33, n^o 7).
- SCHAUMANN. — Tuberculides, nature et traitement (*Bru. Méd.*, 1927, p. 484).
- SPIEGEL. — Folliculitis generalisata (*Monatsch. f. prakt. Derm.*, 1896, p. 617).
- STILIANS et OLIVER. — Derm. nod. necr. (*Arch. of Derm.*, 1921, p. 843).
- THIBIERGE. — Folliculite disséminée prédominant aux mains et aux oreilles, chez un sujet atteint de poly-adénopathie tuberculeuse (*Ann. de Derm.*, 1897, p. 50).
- THIBIERGE et MARCORELLE. — Erythème induré à forme pseudo-purpurique (*B. S. F. D.*, 1931, p. 243).
- TÖRÖK. — Derm. nod. necr. (*Arch. f. Derm.*, 1901, 58, p. 339).
- URBAN. — Derm. nod. necr. tuberculosa (*Iconographia*, 1910, p. 209).
- VOLK. — Tuberk. der Hautk. *Handb. der Haut- u. Geschlechtsk.*, t. X, 1^{er} fasc., p. 354. Berlin.
- WERTHER. — Derm. nod. necr. (*Iconographia*, 1910, p. 213).

- WERTHER. — Pustulös hämorrhagisches Tuberkulid. (*Arch. f. Derm.*, 151, p. 358).
- WILE. — Derm. nod. necr. (?) (*Arch. of Derm.*, 1929, 20, p. 541).
- WORINGER. — Tuberculides ulcéreuses (*B. S. F. D.*, 1933, p. 1150).
- ZIELER. — *Prakt. Erg. Hautkrkh.*, 1914.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	13
Historique	15
Etiologie	18
Etude clinique	21
Histologie	30
Pathogénie	34
Diagnostic	36
Traitement	40
Observations personnelles	43
Observations	43
Conclusions	130
Bibliographie	132

IMPRIMERIE R. BUSSIÈRE
SAINT-AMAND (CHER). FRANCE. — 26-3-1935
